TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI
BỘ MÔN RĂNG HÀM MẶT

BÀI GIẢNG
RĂNG HÀM MẶT



NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI
BỘ MÔN RĂNG HÀM MẶT

Bài giảng

RĂNG HÀM MẶT

Đào tạo bác sĩ giai đoạn II

(Tái bản lần thứ tư)

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC
HÀ NỘI - 2006

LỜI NÓI ĐẦU

Nhằm đáp ứng công cuộc cải cách giáo dục đại học, đào tạo theo học trình (crédit), bộ môn Răng Hàm Mặt Đại học Y Hà Nội soạn tập bài giảng này để giảng cho sinh viên y đi luân khoa răng hàm mặt.

Mục tiêu trung gian là:

1. Phổ biến, giáo dục sức khoẻ răng miệng cho cộng đồng.
2. Chẩn đoán, xử trí ban đầu các cấp cứu hay gặp trong RHM.
3. Chẩn đoán định hướng hai bệnh phổ biến nhất trong RHM là sâu răng và viêm quanh răng.
4. Phát hiện sớm và gửi đi chuyên khoa các bệnh ung thư miệng.
5. Chẩn đoán và xử trí ban đầu các chấn thương RHM và tai biến do nhổ răng.

Ngoài bài giới thiệu sơ lược về môn RHM, tập bài giảng có 13 bài, giảng lý thuyết trong 18 tiết, bao gồm các vấn đề thông thường và cơ bản nhất của RHM.

Tập bài giảng này cũng hữu ích cho các y bác sĩ đang hành nghề y để tham khảo.

Trình tự soạn bài theo kiểu mới, ba phần là bắt buộc: mục tiêu chuyên biệt của bài, nội dung chính và test đánh giá. Các phần không bắt buộc có thể có trong bài là: từ khoá, phương pháp giảng và học, danh mục tham khảo, ghi chú ngoại ngữ.

Chung tôi hy vọng rằng tập bài giảng sẽ được in sẵn, mỗi khi sinh viên đi luân khoa RHM đã có trước tập sách để chuẩn bị bài trước. Khi đến lớp có thì giờ nghe giảng kỹ hơn và trao đổi đặt câu hỏi với thầy.

Chắc chắn các bài giảng còn nhiều thiếu sót. Chúng tôi rất cảm ơn các đồng nghiệp đóng góp ý kiến để lần sau khi tái bản chúng tôi sẽ hoàn thiện tập bài hơn.

Thay mặt các tác giả

PGS. TS. MAI ĐÌNH HƯNG

MỤC LỤC

GIỚI THIỆU SƠ LƯỢC MÔN RĂNG HÀM MẶT

Môn răng hàm mặt là môn học về răng miện (denistry, stomatology) và các bệnh học hàm mặt (maxillo facial surgery pathology).

Trên thế giới môn răng miện từ lâu đã là một ngành riêng biệt, có bệnh viện và trường đại học riêng bởi vì bệnh răng và miệng rất phổ biến.

Điều tra cơ bản toàn quốc năm 1991 ở lứa tuổi 12, miền Bắc 43%, miền Nam 76% trẻ sâu răng vì phòng bệnh yếu kém, trẻ càng lớn càng răng sâu nhiều; ở lứa tuổi 15, hai tỷ lệ trên là 47% và 82%.

Ở Thái Lan (1994) cứ 1 bác sĩ nha khoa phục vụ cho 13.000 dân, ở Nhật 1 bác sĩ nha khoa cho 2.000 dân, ở Việt Nam 1 bác sĩ nha khoa cho 56.000 dân. Cả nước ta hiện nay (1995) chỉ có khoa RHM thành phố Hồ Chí Minh là lớn nhất, hoạt động tương đối độc lập, đào tạo hàng năm khoảng 100 bác sĩ nha khoa và Bộ môn RHM Hà Nội (thuộc Đại học y) đào tạo hàng năm khoảng 20 - 30 bác sĩ nha khoa. Năm 1994 ở Nhật có 29 đại học Nha khoa.

2600 năm trước công nguyên, ở Ai Cập trong cuốn sách "Sono" (thầy thuốc) Hezyre được coi là thầy thuốc nha khoa đầu tiên vì đã mô tả nhổ răng.

Năm 659 sau công nguyên vào đời Tần ở Trung Quốc, trong cuốn sách "Yang" (thầy thuốc) đã sử dụng bột nhão bạc (pâte argentée) do Kung nghĩ ra để trám răng sâu. Về răng giả thì năm 1564 Ambroise Paré (Pháp) được coi là người cha của phẫu thuật nhổ răng và làm răng hàm giả.

Môn nha khoa ở Việt Nam (theo Tây y) được mở ra năm 1939 ở Bệnh viện Phủ Doãn cũ (Việt Đức bây giờ) một bộ phận đào tạo nha sĩ thuộc Trường y Đông Dương.

Ngoài các bệnh thông thường khác, môn răng miệng hay nha khoa phải đương đầu với hai bệnh phổ biến là sâu răng (dental caries) và viêm mô nha chu (periodontotitis). Ở nước ta trong những năm tới do đời sống được nâng cao, nhân dân sử dụng nhiều đường, nước ngọt mà sự phòng bệnh chưa tốt sẽ làm tăng tỷ lệ sâu răng.

Ở các nước phát triển từ trước năm 1960 ngành nha khoa tập trung vào chữa và phục hồi răng sâu, công việc tốn kém mà ít kết quả cho cộng đồng. Sau đó và hiện nay họ tập trung vào phòng bệnh, kết quả là trong 20 năm trở lại đây tỷ lệ sâu răng ở các nước Bắc Âu, Anh v.v... đã giảm xuống hơn một nửa, ở Đan Mạch người ta tiên lượng sau năm 2000 sẽ có lớp thanh niên không có răng sâu.

Ở nước ta hiện nay phòng bệnh răng miệng là công tác trọng tâm của môn RHM, trong đó tập trung vào trẻ em bằng các hệ thống nha khoa học đường.

Hy vọng rằng trong thời gian tới với kế hoạch thành lập hai trường răng đầu tiên ở thành phố Hồ Chí Minh và thủ đô Hà Nội sẽ giúp đào tạo đủ số bác sĩ nha khoa để có thể đáp ứng kịp thời với yêu cầu của cộng đồng.

BỆNH SÂU RĂNG

I. MỤC TIÊU

1. Vẽ được sơ đồ căn nguyên bệnh sâu răng (White circle).
2. Chẩn đoán được vết trắng (White spot lesion) là thương tổn sớm của sâu răng và xử trí.
3. Chẩn đoán được 5 loại lỗ sâu theo Black để gửi đi hàn.
4. Giảng được cho cộng đồng về 5 nội dung chính trong công tác phòng bệnh sâu răng.

II. NỘI DUNG

1. Căn nguyên bệnh sâu răng

Vài năm gần đây khoa học đạt nhiều tiến bộ giải thích bệnh căn sâu răng (SR) do đó các nước phát triển như Úc, Bắc Âu, Mỹ đã giảm được tỷ lệ người mắc SR còn khoảng 1/2. Thí dụ: năm 1994, chỉ số sâu mất trám ở trẻ 12 tuổi ở Úc là 1,5,ở Mỹ là 1,3. Cũng ở hai nước này trước năm 1980 chỉ số này là trên 3.

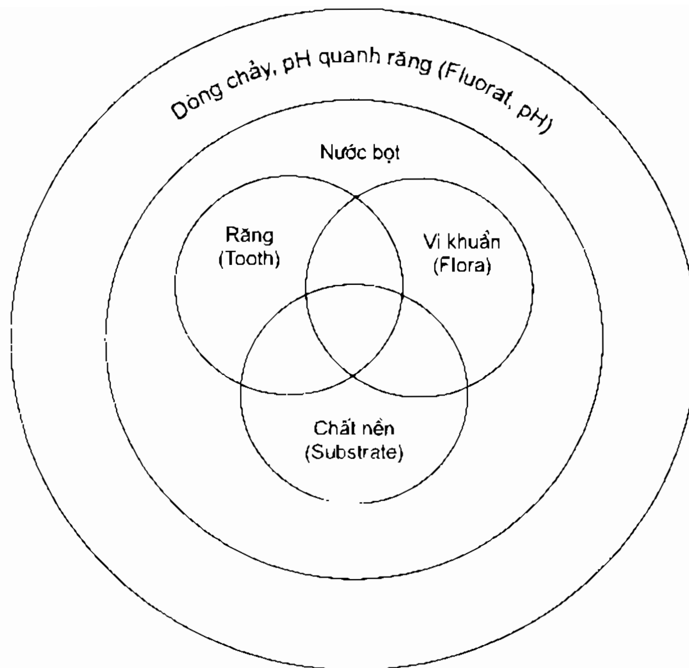
Trước năm 1970 giải thích bệnh căn SR, người ta chú ý nhiều đến chất đường và vi khuẩn *Streptococcus mutans* nên việc phòng bệnh SR tập trung vào chế độ ăn hạn chế đường, tiến hành vệ sinh kỹ răng miệng. Người ta giải thích SR bằng sơ đồ Key - kết quả phòng bệnh SR hạn chế. Ở thời kỳ này người ta còn quan niệm SR là một thương tổn không thể hồi phục và áp dụng kỹ thuật khoan rộng để phòng tái phát của Black (1976 còn dạy ở Úc).

Sau năm 1975 người ta làm sáng tỏ hơn căn nguyên bệnh SR và giải thích bằng sơ đồ White thay thế một vòng tròn của sơ đồ Key (chất đường) bằng vòng tròn chất nền (substrate) nhấn mạnh vai trò nước miếng (chất trung hoà - buffers) và pH của dòng chảy môi trường xung quanh răng. Người ta cũng thấy rõ hơn tác dụng của flour khi gặp apatit thường của răng kết hợp thành fluorid apatit rắn chắc chống được sự phân huỷ tạo thành thương tổn SR. Do đó trong khoảng 20 năm gần đây có sự đảo ngược về tình trạng SR ở hai nhóm quốc gia.

Những nước nghèo không được flour hoá nước uống, thiếu sự giáo dục nha khoa, chế độ ăn đường không đúng nên SR phát triển ngày càng tăng.

Trái lại ở các nước sản xuất kỹ nghệ cao, nhà nước coi chương trình fluor hoá nước uống, thuốc chải răng, giáo dục nha khoa là quốc sách nên bệnh SR giảm nhiều (còn khoảng 50%). Thí dụ: ở Đan Mạch 1994, chỉ số sâu mất trám (SMT) tuổi 12 là 1,2, trên 50% trẻ em trong miệng không có răng sâu.

Ở Úc cũng vậy - 50% thì giờ của bác sĩ răng miệng là làm công tác phòng bệnh.

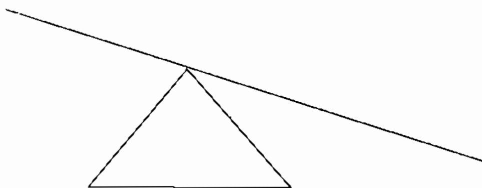


Sơ đồ. Căn nguyên của sâu răng (1975)

Răng:	Tuổi, fluorid, hình thái (morphology), dinh dưỡng, các vi tố (trace element), độ carbonat v.v...
Vi khuẩn:	*Streptococcus mutans*
Chất nền:	- Vệ sinh miệng sử dụng fluorid.
	- PH vùng trao đổi quanh răng thấp 4,5 – 5 sẽ gây thương tổn dưới bề mặt.
	- Khả năng trung hoà (đệm) của nước bọt.

Sâu răng = Huỷ khoáng > Tái tạo khoáng (cơ chế hoá học và vật lý sinh học).

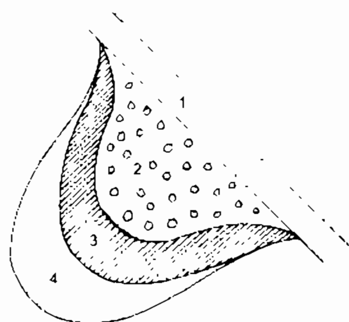
Mất ổn định *(destabilysing)*



Sự bảo vệ *(protection)*

Mảng bám (vi khuẩn) kiểm soát được	Nước bọt
Chế độ ăn đường nhiều lần (kiểm soát được)	Khả năng kháng acid của men
Thiếu nước bọt hay nước bọt acid	F^- có ở bề mặt men răng (fluorid)
Acid từ dạ dày dày tràn lên miệng	Trám bít hố rãnh
PH < 5	Độ Ca^{++}, NPO^-_4 quanh răng
	pH > 5,5

2. Vết trắng, thương tổn đầu tiên SR (White spot lesion)



Sâu răng bắt đầu bằng thương tổn gồm 4 lớp:

Lớp 1: men đổi màu trắng.

Lớp 2: thương tổn chính huỷ khoáng.

Lớp 3: vùng đen.

Lớp 4: vùng trong suốt.

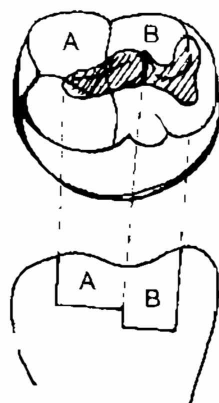
Khi ta thấy vết trắng ở thân răng, cổ răng là ở dưới nó bắt đầu huỷ chất khoáng. Nếu ngay giai đoạn này, hàng ngày ta bôi fluorid có thể hồi phục tổ chức và mất vết trắng.

3. Năm loại lỗ sâu răng theo Black (1908)

Black phân ra 5 loại lỗ SR theo vị trí giải phẫu đặt cơ sở cho việc khoan răng tạo lỗ hàn để hàn răng có kết quả vững chắc.

Ngày nay phân loại này giảm dần tác dụng khi nha khoa dần thay thế chất hàn kim loại (amalgane) bằng chất nhựa composit, ciment glass ionomer.

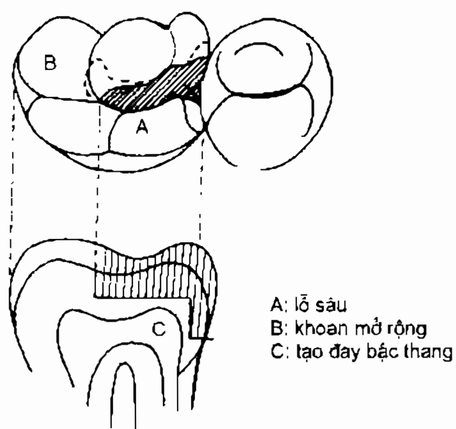
Loại I: sâu rãnh mặt nhai các răng hàm.



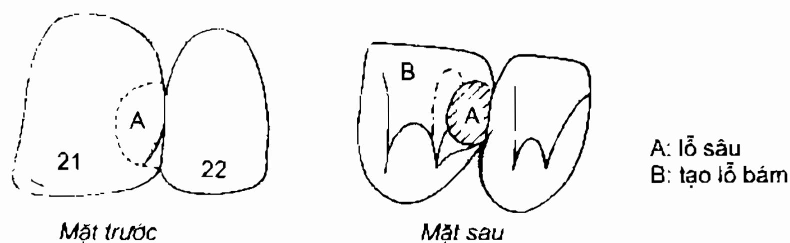
A: lỗ sâu

B: khoan rộng tạo thêm chỗ bám

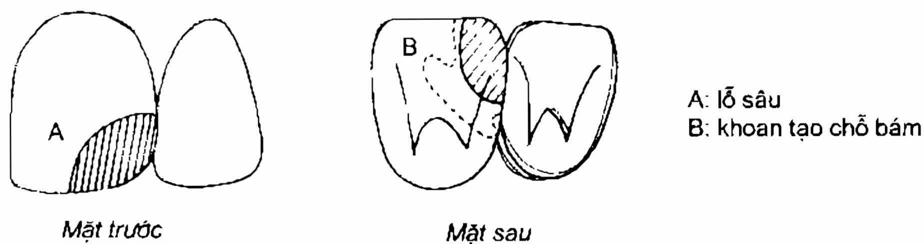
Loại II: sâu mặt nhai và mặt tiếp giáp của răng hàm



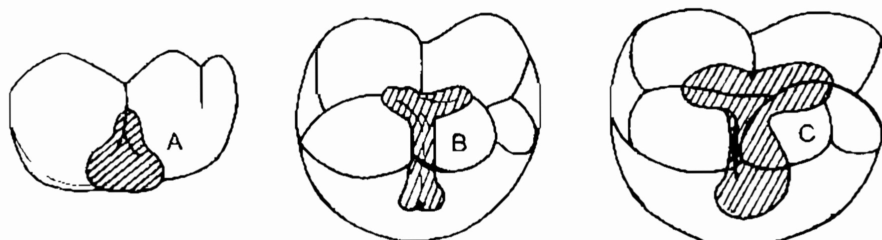
Loại III: sâu cạnh bên răng cửa



Loại IV: Sâu cạnh bên và rìa cắn răng cửa



Loại V: sâu cổ răng và rãnh mặt ngoài răng hàm



A: lỗ sâu mặt ngoài và cổ B: lỗ sâu mặt nhai và mặt ngoài C: tạo lỗ hàn tổng hợp

Chẩn đoán sâu răng trên lâm sàng dựa vào:

1. *Nhìn thấy lỗ sâu là thương tổn men và ngà:* nếu dùng que nạo ngà, lấy hết vụn bẩn thức ăn trong lỗ sâu ta thấy đáy lỗ sâu rộng hơn miệng lỗ sâu.
2. *Triệu chứng chủ quan là đau do kích thích:* ăn lọt thức ăn vào lỗ sâu (cơ học), ăn kem lạnh, uống nước nóng quá làm nổi cơn đau. Hết tác nhân kích thích sẽ hết đau. Nếu thấy răng có lỗ sâu mà đau tự nhiên thành cơn kéo dài khoảng mươi phút rồi dịu dần là dấu hiệu *nhiễm trùng tuỷ răng.*

4. Phòng bệnh sâu răng

Muốn đẩy lùi bệnh SR để đến năm 2000 đạt được chỉ tiêu của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đề ra là SMT (chỉ số sâu mất trám) lứa tuổi 12 là dưới 3 thì các nước đều tiến hành chăm sóc răng miệng cho cả cộng đồng mà tập trung chủ yếu vào tuổi học sinh dưới 12 tuổi.

Có 4 chính sách lớn để phòng chống bệnh SR cho cộng đồng:

Fluor hoá nước uống: cho thêm flour vào nước máy thành phố với tỷ lệ 1,2 ppm (thành phố Hồ Chí Minh đã làm được 3 năm).

Sản xuất và khuyến khích sử dụng thuốc chải răng có fluorid.

Ăn đường ít lần trong ngày và chải răng ngay. Sâu răng không liên quan với lượng đường ăn vào mà do đường bám vào răng (chống ăn kẹo dính, chống uống nước ngọt nhiều lần).

Tiến hành công tác nha khoa học đường

Về nha học đường lại có 4 nội dung:

- Giáo dục răng miệng (dạy chải răng, ăn uống v.v...).
- Tổ chức súc miệng bằng nước pha fluor (0,2 g/L fluorid) súc miệng tuần 2 lần - nhổ đi.
- Khám phát hiện sớm SR để hàn.
- Trám bít hố rãnh (sealant) để phòng SR

III. PHƯƠNG PHÁP GIẢNG VÀ HƯỚNG DẪN HỌC

1. Sử dụng hình vẽ màu và mô hình
2. Sử dụng Overhead
3. Sinh viên có tài liệu để đọc trước
4. Đọc kỹ và vẽ sơ đồ White, 5 loại lỗ sâu.

TEST ĐÁNH GIÁ (FORMATIVE TEST)

Đúng – Sai

1 Ở các nước giàu do ăn nhiều đường nên SR càng phát triển.

2 Tham gia gây bệnh SR là vi khuẩn *Streptococcus viridans.*

3 Khi thấy men đổi màu trắng thành vết phải gửi bác sĩ nha khoa để khoan và hàn.

4 Men và ngà răng tuy gồm đa số là chất vô cơ nhưng vẫn có sự trao đổi ion thường xuyên với miệng.

5 PH ở vùng quanh răng là 7 nếu ăn đường và cấy Streptococcus cũng sẽ làm răng sâu.

6 Nước bọt có khả năng làm chất đệm chống SR.

7 Theo Black có 5 loại lỗ sâu răng.

8 Sâu vỡ cạnh bên và rìa cắn răng cửa là loại III theo Black.

9 Răng có lỗ sâu, đau nhức ban đêm là sâu răng.

10 Với các chất hàn mới như glass ionomer ciment vẫn phải tạo lỗ hàn theo Black.

11 Sáng dậy rửa mặt, chải răng, ăn sáng rồi đi làm.

12 Muốn đẩy lùi bệnh SR cần tập trung dậy cách giữ vệ sinh miệng bằng cách chải răng.

13 Chải răng bằng thuốc có fluorid rồi súc miệng thật kỹ.

14 Sâu răng là bệnh có thể phòng được.

15 Để phòng SR nên cấm trẻ em ăn kẹo.

BỆNH LÝ TUỶ RĂNG

I. MỤC TIÊU

1. Xác định nguyên nhân gây viêm tuỷ răng
2. Chẩn đoán được viêm tuỷ có bảo tồn, viêm tuỷ không bảo tồn, hoại tử tuỷ
3. Xử trí cấp cứu giảm đau do viêm tuỷ cấp tính ở tuyến cơ sở sau đó chuyển chuyên khoa.

II. NỘI DUNG

1. Những điểm cần chú ý về tổ chức và sinh lý tuỷ răng

- Tuỷ răng là một khối tổ chức liên kết mạch máu nằm trong một cái hốc ở giữa răng gọi là hốc tuỷ răng. Hình của tuỷ răng nói chung tương tự như hình thể ngoài của răng, nó gồm có tuỷ buồng và tuỷ chân, tuỷ buồng thông với tuỷ chân và thông với tổ chức liên kết quanh cuống bởi một lỗ cuống răng (apex).
- Tuỷ răng nằm trong một buồng cứng (buồng tuỷ và ống tuỷ và là mạch máu tận cùng khi vào răng qua một hay nhiều lỗ hẹp vùng cuống, cho nên khi có rối loạn, máu khó lưu thông, dinh dưỡng tuỷ răng bị ảnh hưởng.
- Dây thần kinh cảm giác từ đây V dễ bị ép ở trong buồng kín nên khi viêm tuỷ gây đau nhiều, mặt khác dây V dễ tạo phản xạ, nên khi đau ở răng dễ lan đi các nơi khác ở xung quanh.

2. Bệnh căn và bệnh sinh

Bệnh căn của tuỷ gồm 3 nhóm: nhiễm khuẩn, yếu tố vật lý, hoá học, mỗi loại lại chia ra nguyên nhân toàn thân và tại chỗ.

2.1. Nguyên nhân nhiễm khuẩn

Nhiễm khuẩn toàn thân: nhiều tác giả đã nên những bệnh án viêm tuỷ răng trong bệnh cúm, thương hàn, có trực khuẩn coli ở tuỷ răng sau khi bệnh nhân viêm ruột thừa, trực khuẩn Hansen ở tuỷ răng trong bệnh hủi. Nhưng vì ít gặp, khó chứng minh, nên có những tác giả không công nhận. Harndt cho rằng có viêm tuỷ răng khi có bệnh toàn thân là do trùng hợp ngẫu nhiên.

Nhiễm khuẩn tại chỗ:

- Do sâu răng, vi khuẩn theo ống Tomes vào tuỷ.
- Lõm hình chêm, răng rạn cũng có thể gây viêm tuỷ răng.
- Viêm quanh răng có thể gây viêm tuỷ ngược.

2.2. Nguyên nhân là yếu tố vật lý

Toàn thân: người đi máy bay lúc thay đổi độ cao hay bị đau răng, tăng tốc nhanh khi đi máy bay, những công nhân lặn sâu cũng có thể đau răng.

Tại chỗ:

Những yếu tố cơ hay nhiệt độ cao có thể gây viêm tuỷ.

Sang chấn có thể làm mẻ rạn răng, cũng có thể gây viêm tuỷ răng lúc chữa răng nếu mài mạnh quá.

Sang chấn nhẹ nhưng liên tục cũng có thể gây viêm tuỷ răng (khớp cắn sang chấn, hàn cao).

Mài răng mạnh làm nóng răng dễ gây viêm tuỷ.

Nhiệt tăng ở lỗ hàn do cement và nhựa tự cứng lại cũng dễ gây viêm tuỷ.

2.3. Nguyên nhân là yếu tố hoá học

Toàn thân: các bệnh đái tháo đường, bệnh gout hay nhiễm độc chì, thuỷ ngân có thể gây hoại tử tuỷ răng. Về bệnh sinh có tác giả cho rằng tổn thương bắt đầu ở dây thần kinh, có người cho là tổn thương bắt đầu ở mạch máu tuỷ răng.

Tại chỗ: khi dùng chất sát khuẩn mạnh để sát khuẩn lỗ sâu như bạc nitrat, chlorofoc rượu, dễ gây viêm tuỷ.

3. Phân loại viêm tuỷ răng

- Viêm tuỷ:
  + Viêm tuỷ có hồi phục
  + Viêm tuỷ không hồi phục.
- Hoại tử tuỷ

Nếu dựa vào hình ảnh giải phẫu bệnh lý:

  + Sung huyết tuỷ: tương đương với viêm tuỷ có hồi phục.
  + Viêm thanh dịch, viêm mủ, viêm loét, viêm tăng sản: tương đương với viêm tuỷ không hồi phục.

4. Lâm sàng

4.1. Viêm tuỷ có hồi phục

Triệu chứng

- Đau tự nhiên thoáng qua từ 3 - 5 phút, đau tăng khi có kích thích như: nóng, lạnh, chua, ngọt, hết kích thích đau vẫn còn kéo dài một vài phút.
- Thăm khám lỗ sâu thấy có ngà mủn, đau nhưng chưa hở tuỷ.
- Thử tuỷ (lạnh, điện) dương tính.

Điều trị:

- Mục đích là loại bỏ các kích thích tạo điều kiện cho lớp ngà bị ảnh hưởng vẫn được hồi phục.
- Phương pháp điều trị: chụp tuỷ răng, chất chụp có thể là $Ca(OH)_2$ hoặc eugenat.

Có 2 phương pháp chụp tuỷ: trực tiếp và gián tiếp.

+ Chụp tuỷ trực tiếp: là chụp trên chỗ tuỷ bị hở. Tuỷ do sâu mà bị hở không điều trị bảo tồn được, chỉ chụp tuỷ khi hở tuỷ lúc mài răng. Đặt chất chụp tuỷ rồi hàn tạm, sau 6 tháng chỗ tuỷ hở có thể kín lại do ngà thứ phát được tái tạo. Lúc ấy tháo hàn tạm xem lại chỗ hở, nếu thấy chỗ đó đã kín và tuỷ còn sống thì hàn vĩnh viễn (có lót đáy).
+ Chụp tuỷ răng gián tiếp: sau khi lấy ngà mủn còn sót một ít, nếu lấy hết sợ hở tuỷ thì chụp gián tiếp. Sau 6 tháng kiểm tra nếu không đau, tuỷ còn sống thì hàn vĩnh viễn (có lót đáy).

- Chống chỉ định: chụp tuỷ răng ở người trên 50 tuổi, người đang có bệnh nhiễm trùng cấp hoặc mạn tính (đái tháo đường, lao, bệnh ở tim, xương khớp).

4.2. Viêm tuỷ không hồi phục

Triệu chứng:

- Đau tự nhiên thành từng cơn, đau nhiều khi vận động mạnh và thường đau về đêm. Mỗi cơn đau kéo dài từ 30 phút đến 2 - 3 giờ, hết đau đột ngột. Đau tăng khi có kích thích nhất là lạnh và hết kích thích đau còn kéo dài vài phút. Đau dữ dội tại chỗ răng đau, nhưng có khi khuếch tán đau lan nửa mặt dưới hoặc nửa đầu.
- Thăm khám lỗ sâu bệnh nhân thấy đau, đôi khi có điểm hở tuỷ, nếu chạm phải tuỷ bệnh nhân đau nhiều.
- Gõ dọc răng đau nhẹ.
- Thử nghiệm tuỷ (lạnh, điện) dương tính.

Chẩn đoán xác định: dựa vào hỏi, triệu chứng lâm sàng và thử nghiệm tuỷ.

Chẩn đoán phân biệt:

- Đau dây V: không tìm thấy nguyên nhân ở răng, các cơn đau rất giống nhau bao giờ cũng xuất phát từ một điểm (khoé mép, rãnh mũi má...), trong cơn đau bệnh nhân có thể thấy giật ở mặt.
- Viêm quanh cuống cấp tính: trong viêm quanh cuống cấp tính bệnh nhân có sốt, nổi hạch tại chỗ, cơn đau tự nhiên liên tục, răng chồi, lung lay, gõ đau, lợi sưng nề.

Điều trị: phải lấy toàn bộ tuỷ, sau đó hàn ống tuỷ.

- Nếu bệnh nhân đang đau do viêm tuỷ cấp tính phải đặt thuốc giảm đau tại chỗ như xylocain 5% hoặc Bonain. Khi bệnh nhân giảm đau mới tiến hành điều trị tiếp.

- Đối với răng một chân, dùng phương pháp gây tê lấy tuỷ sống rồi hàn ống tuỷ luôn.
- Đối với răng nhiều chân phải tiến hành đặt thuốc làm cho tuỷ chết. Bước tiếp theo mới tiến hành lấy tuỷ, sát khuẩn ống tuỷ, hàn ống tuỷ và cuối cùng là hàn vĩnh viễn, tạo hình lại thân răng.

4.3. Tuỷ hoại tử

Triệu chứng:

- Không có biểu hiện về toàn thân và cơ năng khi tuỷ bị hoại tử.
- Răng đổi màu, màu xám đục ở ngà răng ánh qua lớp men răng.
- Khám thấy răng sâu, nứt hoặc gãy.
- Lợi xung quanh răng bình thường.
- Gõ răng không đau.
- Thử nghiệm tuỷ (lạnh, điện) âm tính, hoặc thăm khám vào răng không thấy đau.

Điều trị tuỷ hoại tử:

- Phải lấy tuỷ làm nhiều lần, không lấy tuỷ một lần vì sẽ đẩy tuỷ hoại tử xuống vùng cuống làm bội nhiễm cuống răng.
- Sau khi lấy sạch tuỷ, sát khuẩn ống tuỷ sạch, thì tiến hành hàn ống tuỷ, cuối cùng là hàn tạo lại hình thể thân răng.

III. PHƯƠNG PHÁP GIẢNG DẠY

1. Theo phương pháp cổ điển.
2. Sử dụng Overhead.
3. Sinh viên có tài liệu để đọc trước.

TEST ĐÁNH GIÁ

Đúng – Sai

1 Nguyên nhân gây viêm tuỷ gồm 3 nhóm: nhiễm khuẩn, yếu tố vật lý và hoá học.

2 Bệnh nhân đau răng khi có kích thích, hết kích thích hết đau ngay là viêm tuỷ.

3 Cơn đau răng thường về đêm và đau tự nhiên là viêm tuỷ không hồi phục.

4 Điều trị viêm tuỷ không hồi phục là chụp tuỷ răng.

5 Khi bệnh nhân có viêm tuỷ cấp tính, phải đặt thuốc giảm đau sau đó mới tiến hành các biện pháp điều trị tiếp theo.

6 Chỉ chụp tuỷ răng trực tiếp trong trường hợp tuỷ hở do mài răng.

7 Đối với răng một chân, khi cần lấy tuỷ người ta tiến hành gây tê lấy tuỷ sống.

8 Trong viêm tuỷ bắt buộc phải lấy tuỷ làm nhiều lần.

9 Tuỷ hoại tử chỉ nên lấy tuỷ một lần.

10 Khi tuỷ hoại tử răng đổi màu xám đục.

VIÊM QUANH CUỐNG RĂNG

I. MỤC TIÊU

1. Xác định nguyên nhân gây viêm quanh cuống răng.
2. Chẩn đoán viêm quanh cuống bán cấp, cấp và mạn tính.
3. Xử trí cấp cứu giảm đau do viêm quanh cuống cấp ở tuyến cơ sở, sau đó gửi chuyên khoa.

II. NỘI DUNG

Viêm quanh cuống răng thường do biến chứng của viêm tuỷ răng, nhất là của tuỷ hoại tử.

Viêm quanh cuống cũng có thể lan theo đường dây chằng tới.

1. Bệnh căn và bệnh sinh

Do nhiễm khuẩn: rất hay gặp

- Do viêm hoại tuỷ gây biến chứng viêm quanh cuống.
- Do viêm quanh răng, vi khuẩn từ tổ chức quanh răng lan vào vùng cuống.

Do sang chấn:

- Sang chấn mạnh thường gây viêm quanh cuống cấp tính.
- Sang chấn nhẹ, liên tục (khớp cắn sang chấn, hàn cao...) thường gây viêm quanh cuống mạn tính.

Do điều trị răng:

- Thầy thuốc đưa dụng cụ điều trị tuỷ đi quá xuống cuống răng.
- Lấy tuỷ hoại tử một lần đẩy tuỷ hoại tử ra vùng cuống gây bội nhiễm.
- Do dùng thuốc sát khuẩn có tính chất kích thích mạnh vùng cuống như trioxymethylen.

2. Các thể bệnh viêm quanh cuống

Viêm quanh cuống có thể là mạn tính, cấp tính hay bán cấp. Từ cấp tính có thể chuyển sang mạn tính, hoặc mạn tính tái phát cấp tính.

2.1. Viêm quanh cuống răng bán cấp

Triệu chứng:

- Răng có thể đổi màu, màu xám đục ở ngà răng ánh qua lớp men.

- Gõ nhẹ dọc răng có đau ở vùng cuống răng.
- Răng hơi lung lay, lợi hơi đỏ nhất là ở vùng cuống răng.
- Thử nghiệm tuỷ (lạnh, điện) âm tính chứng tỏ tuỷ răng đã hoại tử, có thể thăm trâm vào buồng tuỷ mà không thấy đau.
- Trên phim X quang thấy một vùng sáng ở quanh cuống răng, vùng dây chằng có thể rộng ra.

Chẩn đoán: dựa vào hỏi bệnh, khám răng và thử nghiệm tuỷ, phim X quang.

2.2. Viêm quanh cuống cấp tinh

Triệu chứng:

- Dấu hiệu ở răng rõ hơn và có dấu hiệu toàn thân. Bệnh nhân mệt mỏi, sốt, có thể có hạch ở vùng dưới hàm hoặc dưới cằm.
- Ở răng đau nhiều, đau tự nhiên, răng lung lay, khi chạm vào răng đối diện đau tăng lên.
- Lợi tương ứng răng đau đỏ, mô lỏng lẻo gần bị nề, răng bên cũng hơi lung lay.
- Dấu hiệu X quang có vùng sáng quanh cuống răng có khi lan cả sang vùng cuống răng bên, giới hạn không rõ rệt, vùng dây chằng rộng.
- Sau khi viêm khoảng 6 ngày, có mủ ở vùng quanh cuống răng, mủ thoát ra:
  + Theo đường ống tuỷ.
  + Theo đường dây chằng
  + Hoặc qua xương ổ răng làm áp xe ở lợi hay ở mô lỏng lẻo.

Biến chứng:

- Viêm quanh cuống răng có thể gây áp xe vùng xung quanh, hoặc gây viêm hạch và vùng quanh hạch.
- Có khi gây viêm xương tuỷ.
- Biến chứng ở xa: nhiễm khuẩn ở vùng cuống răng có thể gây bệnh ở các cơ quan khác: tim, khớp.

Chẩn đoán: dựa vào hỏi bệnh, khám răng và vùng quanh răng, hạch, dấu hiệu toàn thân, phim X quang.

Chẩn đoán phân biệt:

- Viêm tuỷ răng, viêm tuỷ có cơn đau tự nhiên nhưng giữa cơn đau thì hết hẳn. Gõ dọc răng trong viêm tuỷ cấp tính có đau nhưng đau ít.
- Viêm quanh cuống: cơn đau liên tục, có lúc giảm nhưng không hết hẳn, gõ đau nhiều, răng chồi cao, răng lung lay.

2.3. Viêm quanh cuống mạn tính

- Răng đổi màu xám đục
- Gõ dọc ngang răng không đau hoặc đau ít.
- Có thể có lỗ rò ở lợi tương ứng vùng cuống răng.
- Thử nghiệm tuỷ (lạnh, điện) âm tính.
- Nếu có lỗ sâu, khi thăm khám không thấy đau.
- Chụp X quang có hình ảnh u hạt hoặc nang chân răng.

U hạt: u hạt là một phản ứng tăng sản ở vùng quanh cuống, biểu hiện tổn thương do kích thích nhẹ. U hạt có thể do nhiễm khuẩn từ tuỷ răng, hoặc từ túi lợi tới, cũng có thể do thuốc điều trị răng làm hoại tử vùng quanh cuống. U hạt bám vào cuống răng, có khi ở bên chân răng hoặc ở rãnh răng giữa hai chân răng, khi có ống tuỷ phụ ở đó. Xương ổ răng bị đẩy lùi, có khi xương ổ răng bị nhiễm khuẩn. Xương chân răng có thể bị tiêu, có thể bình thường hoặc tăng sản.

Nang chân răng: nang chân răng cũng do viêm mạn tính ở vùng cuống răng. Nang bám vào cuống răng, màng nang có 3 lớp, đáng chú ý nhất là lớp trong cùng có tế bào biểu bì do các tế bào malassez còn sót lại. Dịch trong nang màu vàng nhạt có các mảnh cholesterin vàng óng ánh. Nang lớn lên do sức ép của dịch trong nang. Trên phim X quang, khi còn nhỏ không phân biệt được u hạt và nang. Khi nang đã lớn, người ta thấy trên phim một vùng bầu dục ở giữa sáng, rìa đều và tối do tăng chất vô cơ ở xung quanh.

3. Điều trị viêm quanh cuống răng

- Mục đích là sát khuẩn ống tuỷ và hàn kín lại.
- Khi viêm bán cấp hay viêm cấp thì chỉ dẫn lưu rồi khi viêm trở thành mạn tính mới chữa răng hoặc nhổ răng tuỳ từng trường hợp.
- Điều trị bảo tồn tuỷ gồm các bước:

- Mở rộng ống tuỷ.
- Sát khuẩn ống tuỷ.
- Hàn ống tuỷ.
- Và cuối cùng tạo hình lại thân răng.

- Những răng vỡ to, ống tuỷ không thông, hoặc những răng có thể gây biến chứng thì nhổ răng để dẫn lưu.

III. PHƯƠNG PHÁP GIẢNG VÀ HƯỚNG DẪN HỌC

- Theo phương pháp cổ điển
- Sử dụng Overhead
- Sinh viên có tài liệu để đọc trước.

TEST ĐÁNH GIÁ

Đúng – Sai

1	Nguyên nhân viêm quanh cuống là do nhiễm khuẩn, sang chấn và do một số thuốc trong điều trị.
2	Răng có thể đổi màu xám đục trong viêm quanh răng bán cấp
3	Bệnh nhân mệt mỏi, sốt, nổi hạch dưới hàm trong viêm quanh cuống bán cấp.
4	Khi viêm quanh cuống răng cấp tính ta phải tiến hành điều trị tuỷ ngay.
5	Bệnh nhân đau liên tục, có cảm giác răng chồi cao, răng lung lay trong viêm quanh cuống cấp tính.
6	Trong viêm quanh cuống mạn tính, khám có thể thấy lỗ rò ở lợi tương ứng răng.
7	Khi viêm quanh cuống cấp hoặc bán cấp chỉ dẫn lưu. Khi viêm trở thành mạn tính mới điều trị tiếp.
8	Chụp X quang có hình ảnh dây chằng giãn rộng là viêm quanh cuống răng mạn tính.
9	Chụp X quang có hình ảnh u hạt là viêm quanh cuống mạn tính
10	Răng vỡ to, ống tuỷ không thông thì nên nhổ răng.

BỆNH HỌC QUANH RĂNG

I. MỤC TIÊU

1. Trình bày được hình thái giải phẫu học và sinh lý các tổ chức quanh răng.
2. Trình bày các yếu tố bệnh căn, bệnh sinh chính của bệnh quanh răng.
3. Trình bày được phân loại bệnh quanh răng và phân loại viêm quanh răng.
4. Mô tả được triệu chứng viêm quanh răng, các thể lâm sàng, viêm lợi và viêm quanh răng.
5. Trình bày được các bước điều trị và kế hoạch điều trị.
6. Chải răng đúng phương pháp và hướng dẫn được bệnh nhân chải răng đúng phương pháp.

II. NỘI DUNG

Gồm 7 vấn đề:

1. Hình thái giải phẫu và sinh lý vùng quanh răng.
2. Phân loại và dịch tễ học bệnh quanh răng.
3. Bệnh căn và bệnh sinh bệnh quanh răng.
4. Viêm lợi.
5. Viêm quanh răng.
6. Điều trị bệnh quanh răng.
7. Dự phòng bệnh quanh răng.

Bệnh quanh răng là bệnh rất thường gặp, đứng hàng thứ hai sau bệnh sâu răng, chiếm tỷ lệ cao trong các bệnh răng hàm mặt. Theo các tác giả châu Âu, bệnh quanh răng chiếm 35% dân số tuổi 18 trở lên. Nếu như tuổi thanh niên và trưởng thành bị mất răng do sâu răng thì từ 35 tuổi trở lên mất răng chủ yếu do viêm quanh răng. Bệnh quanh răng là bệnh của các tổ chức giữa răng trong xương hàm nó có tác dụng bảo vệ và cùng với răng thực hiện chức năng ăn nhai và phát âm. Nếu mất răng nhiều thì ảnh hưởng tới chức năng ăn nhai và bộ máy tiêu hoá, ảnh hưởng tới sự phát âm và thẩm mỹ. Vì vậy việc nghiên cứu các tổ chức quanh răng, chức năng sinh lý và ảnh hưởng trong các biểu hiện bệnh lý được nhiều nhà khoa học chuyên khoa và khoa học y học cơ bản rất quan tâm và đến nay đã đạt được nhiều thành tựu.

1. Hình thái giải phẫu và sinh lý vùng quanh răng

Vùng quanh răng lập thành một bộ phận hình thái và chức năng, cùng với răng tạo nên một cơ quan chức năng trong cơ thể. Thuật ngữ *paradonte* có nghĩa là toàn bộ những tổ chức bao bọc quanh răng. Vùng quanh răng cùng với răng có mối quan hệ gắn bó chức năng vì nó là một thành phần của bộ máy nhai.

Vùng quanh răng bao gồm: lợi, dây chằng quanh răng, xương răng và xương ổ răng.

1.1. Lợi

Là phần đặc biệt của niêm mạc miệng, liên quan trực tiếp với răng, bám vào cổ răng (xương và xương cổ răng). Gồm:

- Nhú lợi.
- Bờ lợi (viền lợi).
- Lợi dính.
- Ngách lợi.
- Rãnh lợi sinh lý.

Niêm mạc lợi giống niêm mạc hàm ếch cứng, là một tổ chức sợi niêm. Ở phía ngách lợi má, giữa niêm mạc lợi và niêm mạc di động của miệng có một đường ranh giới rõ rệt. Ta có thể phân biệt lợi tự do, lợi bám dính và nhú lợi giữa các răng. Giữa lợi tự do và răng là một rãnh nông, đáy của nó tạo bởi biểu mô bám dính là nơi bám của lợi vào răng, bình thường rãnh này sâu khoảng 0,5 - 1,5 mm gọi là túi lợi sinh lý. Có tác giả mô tả lợi tự do gồm 2 phần khác nhau về mặt sinh lý, đó là nhú lợi và viền lợi. Nhú lợi là phần lợi che kín các kẽ răng phía ngoài và phía trong. Đường viền lợi là phần lợi ôm thân răng ở mặt ngoài và trong, nó không dính vào răng, chiều cao khoảng 0.5 mm. Hình thể của nhú lợi và đường viền lợi phụ thuộc vào hình thể của răng, của chân răng và xương ổ răng.

Lợi dính là phần lợi bám dính vào chân răng và xương ổ răng. Mặt ngoài của lợi dính cũng như lợi tự do được phủ bằng một lớp biểu mô sừng hoá. Mặt trong có hai phần: phần bám vào chân răng khoảng 1,5mm và phần bám dính vào mặt ngoài xương ổ răng. Nó có màu hồng nhạt hơn màu của lợi tự do. Về mặt vi thể, lợi cấu tạo bởi lớp biểu mô và dưới là tổ chức liên kết. Màu của lợi phụ thuộc vào mật độ mao mạch dưới biểu mô và các hạt hắc tố.

1.2. Dây chằng quanh răng

Có nguồn gốc trung mô, cấu trúc chính là những bó sợi keo với chức năng cơ học của răng lợi và khe quanh răng tạo nên những dây chằng và được sắp xếp tuỳ theo chức năng của răng và vùng quanh răng; nó giữ răng trong ổ răng và vùng quanh răng. Tuỳ theo sự sắp xếp và hướng đi của các bó sợi mà người ta phân ra những nhóm sau:

Nhóm cổ răng hay nhóm mào ổ răng: gồm những bó sợi đi từ mào xương ổ răng đến xương răng gần cổ răng.

Nhóm ngang: gồm những bó sợi đi từ xương răng ở chân răng thẳng góc với trục của răng vào xương răng. Nhóm này chiếm số lượng nhiều nhất trong dây chằng quanh răng.

Nhóm chéo: gồm những bó đi từ xương ổ răng chếch xuống phía dưới chân răng bám vào xương răng. Nhóm này chiếm số lượng nhiều nhất trong dây chằng quanh răng.

Nhóm cuống răng: gồm những bó sợi đi từ xương răng ở cuống răng toả hình nan quạt để đến bám vào xương ổ răng vùng cuống răng.

Nhóm giữa các chân răng: đối với răng nhiều chân còn có những bó sợi đi từ kẽ răng hai hoặc ba chân đến bám vào vách của xương ổ răng nhiều chân ấy.

Giữa những bó sợi trên của dây chằng quanh răng là tổ chức liên kết lỏng lẻo, trong đó người ta thấy có tế bào tạo xương răng, tế bào xơ non, tế bào xơ già, tế bào liên kết dạng bào thai, những đám biểu bì gọi là những mảnh vụn biểu bì malassez. Ngoài ra còn có lưới rất giàu mạch máu, bạch mạch và thần kinh, theo Weski những lưới này tác dụng như một cái hãm nước.

1.3. Xương răng

Được hình thành trong quá trình hình thành chân răng, là một dạng đặc biệt của xương, trong đó thành phần hữu cơ và vô cơ chiếm tỷ lệ ngang nhau 1:1. Xương răng bao phủ chân răng dày nhất ở vùng cuống răng và mỏng nhất là vùng cổ răng. Zander nghiên cứu và đo bề dày xương răng giữa các vùng khác nhau của chân răng giữa người già và trẻ em như sau:

Bề dày của xương răng	Người 17 tuổi	Người 59 tuổi
Vùng cuống răng	0,200 mm	0,536 mm
Vùng giữa chân răng	0,072 mm	0,226 mm
Vùng cổ răng	0,055 mm	0,125 mm

Sự đắp dày thêm xương răng xảy ra từ từ và đều đặn theo tuổi, ngoài ra còn do các yếu tố khác như: kích thích của quá trình viêm, hoá chất vùng cuống răng và do chuyển hoá.

Về cấu trúc, xương răng gồm 2 loại: *xương răng không có tế bào* là lớp đầu tiên được tạo ra trong quá trình tạo ngà ở chân. Phủ lên chân răng bởi xương răng thứ phát hay *xương răng có tế bào.* Quá trình tạo xương răng có tế bào nhanh, những tế bào tạo xương răng non bám chắc và giữ lại tới lúc phát sinh lớp xương răng mới và tế bào răng được trưởng thành. Sự bồi đắp xương răng liên tục suốt đời ở cuống răng thì nhanh hơn ở cổ răng; những lớp được bồi đắp tạo điều kiện cho sự bám chắc của những dây chằng mới giữ cho bề rộng vùng quanh răng. Xương răng không có khả năng tiêu sinh và thay đổi cấu trúc như xương.

Về mặt chức phận, xương răng tham gia vào sự hình thành hệ thống cơ học nối liền răng với xương răng, cùng với xương ổ răng giữ bề rộng cần thiết cho vùng dây chằng quanh răng, bảo vệ ngà răng và tham gia sửa chữa ở một số trường hợp tổn thương ngà chân răng.

1.4. Xương ổ răng

Là một bộ phận của xương hàm gồm lá xương thành trong huyệt ổ răng và tổ chức xương chống đỡ xung quanh huyệt răng. Lá xương thành trong mỏng, trên bề mặt có những bó sợi của dây chằng quanh răng bám vào. Trên phim X quang là một đường viền trắng giới hạn phía ngoài của vùng dây chằng quanh răng gọi là lá cứng (lamina dura). Lá cứng có có nhiều có nhiều lỗ, qua đó bó mạch và thần kinh đi từ xương hàm tới dinh dưỡng cho răng và vùng quanh răng và vùng quanh răng. Tổ chức xương chống đỡ xung quanh ổ răng phía ngách lợi, hàm ếch và lưỡi là tổ chức xương đặc gồm lớp vỏ, giữa lớp xương vỏ và lá xương thành trong huyệt răng là xương xốp.

Xương ổ răng cũng có quá trình tiêu và bồi đắp. Nếu quá trình tiêu xương tương ứng với quá trình bồi đắp xương thì có sự cân bằng sinh lý. Trong trường hợp bệnh lý, quá trình tiêu xương mạnh và nhanh hơn nhiều so với quá trình bồi đắp dẫn đến tiêu xương ổ răng và xương tiếp tục bị phá huỷ.

1.5. Dinh dưỡng cho vùng quanh răng:

Đa số động mạch đến từ động mạch gốc ở vùng cuống răng, sau đó được phân nhánh vào tuỷ răng qua lỗ cuống răng và vào vùng quanh răng. Ở khe quanh răng nó tạo nên mạng lưới dày đặc mạch máu như một cái sọt bao quanh chân răng. Mặt khác có các mạch máu từ phía tiền đình lợi cũng như phía hàm ếch, lưỡi, chạy hướng lên phía bờ lợi toả các nhánh vào phần lợi và các dây chằng vùng lợi răng cũng như xương thành ngoài bao quanh ổ răng. Ở các dây chằng chỉ có các nhánh mao tĩnh mạch nối với mạng mao mạch đảm bảo dinh dưỡng tổ chức phía mặt ngoài ổ răng.

Mạch bạch huyết bắt đầu từ những sợi cụt ở dưới biểu mô lẫn sợi thưa của màng quanh răng và của hạch bạch huyết của miệng đến những tĩnh mạch lớn. Nhiệm vụ chính của chúng là đưa những phức hợp cao phân tử kể cả độc tố đến những hạch bạch huyết mới được tạo nên những tế bào lympho, tế bào plasma lẫn kháng thể và cũng là nơi tập trung của những đại thực bào. Vòng tế bào lympho cũng được nối với mắt xích của những phản ứng miễn dịch.

2. Phân loại và dịch tễ học bệnh quanh răng

Bệnh quanh răng được loài người biết từ lâu với đặc điểm được xác định là túi mủ chân răng; những phân loại về bệnh này có từ trước thế kỷ 19 và 20 và hệ thống thuật ngữ quốc tế cho đến nay vẫn chưa thống nhất.

Năm 1550 Paré là người đầu tiên mô tả bệnh của vùng quanh răng, sau đó là Fauchard năm 1746 là người đầu tiên xác định về mặt lâm sàng. Toriac (1839) đã đưa ra quan niệm viêm ổ răng mủ đặc trưng cho bệnh này "Pyorrhea alveolaris". Cuối thế kỷ 19, một tác giả Liên Xô là Nexnhianop (khoảng năm 1885) xác định giải phẫu học vùng quanh răng là "Amphodont" còn định nghĩa về mặt chức năng cùng với khái niệm cận răng "Paradentosa" do Weski (1992) đưa ra. Năm 1884 Rhein đưa ra phân loại đầu tiên, tiếp đó là Hội răng miệng quốc tế đầu tiên vào năm 1931 (Féderation dentaire international) sau đó là Hội nghiên

cứu bệnh quanh răng ARPA. Từ đó đến nay nhiều hội nghị quốc tế và Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đã thống nhất những phân loại chính và giải thích thuật ngữ.

Hiện nay người ta phân loại dựa theo yếu tố bệnh căn và quá trình bệnh lý, bao gồm:

- Viêm lợi: là viêm phần lợi trên xương ổ răng do bất cứ bệnh căn nào.
- Viêm quanh răng: là viêm lan rộng, ngoài phần lợi nó còn phá huỷ các dây chằng quanh răng, xương ổ răng và xương răng.
- Hư quanh răng là hiện tượng thoái hoá các tổ chức quanh răng mà không có viêm tiên phát.
- Teo vùng quanh răng là tiêu các tổ chức quanh răng do hậu quả mất tế bào và các sản phẩm của nó.

Về mặt dịch tễ học, bệnh quanh răng là bệnh thường gặp ở người lớn và cả ở trẻ em. Tuỳ theo mục đích nghiên cứu, sử dụng các phương pháp khác nhau và các loại chỉ số khác nhau cho việc chẩn đoán và điều trị hoặc nghiên cứu sâu về bệnh. Có rất nhiều chỉ số, nhưng có một số chỉ số thường dùng như:

- *Chỉ số vệ sinh miệng đơn giản* (oral hygiene index simplified, OHI - S của Greene và Vermillion, 1964) đánh giá tình trạng vệ sinh miệng của cá nhân và cộng đồng trong điều tra dịch tễ học khám 6 răng đại diện là 1 - 6, 2 - 1, 2 - 4, 3 - 6, 4 - 1 và 4 - 4. Khám phát hiện cao răng và mảng bám răng.
- *Chỉ số lợi* (ginvinval index, GI của Lop và Silness, 1965) đánh giá tình trạng lợi ở các răng 1 – 6, 2 – 1, 2 – 4, 3 – 6, 4 – 1 và 4 – 4 phát hiện tình trạng viêm lợi với các mức độ từ nhẹ đến nặng.
- *Chỉ số quanh răng* của Russell, 1956 - PI (Periodontal index, Russell, 1956) đánh giá tất cả tình trạng lợi của các răng về tình trạng lợi viêm và xương ổ răng bị phá huỷ với các mức độ từ nhẹ đến nặng.
- *Chỉ số nhu cầu điều trị* CPITN (community Periodontal index of treatment need của Ainamo, 1978 - 1982) chỉ số dựa vào sự đánh giá những răng biểu thị về tình trạng lợi viêm, độ sâu của túi quanh răng, sự có mặt của cao răng trên và dưới lợi. Chia hai hàm răng thành 6 vùng khám mỗi vùng một đến hai răng đại diện mà ở đó có tình trạng bệnh lý nặng nhất, nhằm mục đích đánh giá nhu cầu điều trị cộng đồng, hoạch định nhân lực và kinh phí trang thiết bị cho việc chăm sóc răng miệng cộng đồng.

3. Bệnh căn và bệnh sinh

Sự nghiên cứu bệnh căn của bệnh quanh răng đã có từ lâu và ngày nay vẫn còn đang tiếp tục, nhiều vấn đề hãy còn chưa rõ ràng. Cùng với tiến bộ của các chuyên khoa có liên quan, những nghiên cứu về khía cạnh này càng đi sâu (ví dụ: vi sinh học, miễn dịch học, sinh hóa học...). Ngày nay người ta biết chắc rằng sự phát sinh bệnh viêm quanh răng phải có mặt các yếu tố bên ngoài cũng như bên trong.

3.1. Những ảnh hưởng bên ngoài

Sự bất thường của hàm răng như răng mọc lệch lạc, khớp cắn sâu... sẽ ảnh hưởng tới vùng quanh răng bởi các yếu tố:

- Sự sắp xếp hàm răng không đều dẫn đến dễ phát sinh mảng bám vi khuẩn ở răng, lợi là nguồn gốc của sự phát triển viêm. Ở một số hàm răng lệch lạc ta gặp lợi bị phá huỷ do cơ học. Răng lệch lạc dẫn đến quá tải ở một số răng hoặc nhóm răng, nếu như đồng thời có viêm thì ở những răng đó tiêu xương ổ răng nhanh.
- Sang chấn khớp cắn phát sinh ở những hàm răng mọc lệch lạc, ở người có tật nghiến răng, người đeo hàm giả kênh hoặc răng hàm không thích hợp. Nếu bị sang chấn khớp cắn lại có viêm lợi thì sẽ làm tiêu xương ổ răng nhanh.
- Ngoài ra, người ta thấy phanh môi bám cao đặc biệt bám tới đầu nhú lợi ở phía miệng (hàm ếch và lưỡi) thì sự co kéo cơ học khi ăn nhai, nói, làm bờ lợi cạnh đó bong ra gây tích tụ thức ăn thừa và mảng vi khuẩn vào vùng quanh răng.
- Ngách tiền đình nông thường gặp vùng răng cửa hàm dưới và đe doạ 4 răng cửa. Cũng như phanh môi bám cao, ngách tiền đình nông làm co kéo bờ lợi của 4 răng cửa hàm dưới khi ăn nhai môi vận động, bờ lợi ôm cổ răng bị bong ra dễ lắng đọng thức ăn và vi khuẩn.
- Các chất hàn thừa xuống kẽ lợi ở răng có lỗ sâu loại II và loại V không dùng matric hoặc matric không ôm khít thân và cổ răng. Chất hàn kích thích lợi kẽ răng, là nơi dễ chứa mảng bám răng và gây viêm lợi.
- Những ảnh hưởng bên ngoài quan trọng nhất hiện nay là mảng bám răng, tiếp đó là cao răng. Vì mảng bám trên bề mặt răng và lợi không chải sạch là nơi tụ tập các loại vi khuẩn ái khí và yếm khí, chúng sinh sống và đào thải các sản phẩm và độc tố gây độc hại cho tổ chức lợi và quanh răng: cao răng là sự lắng đọng muối calci ở nước bọt, bám vào cổ răng và mặt răng nơi gần lỗ tiết tuyến nước bọt mang tai, dưới hàm, dưới lưỡi, nơi răng bị đau ít nhai đến, làm bờ lợi không ôm khít cổ răng, kích thích lợi gây viêm và quá trình viêm lan sâu xuống dưới.
- Mảng bám răng là màng mềm bám vào bề mặt răng và lợi. Đầu tiên là màng vô khuẩn từ glycoprotein của nước bọt, sau đó các loại vi khuẩn như cầu khuẩn, trực khuẩn bám vào tiếp theo có các sợi nấm và xoắn khuẩn. Các loại vi khuẩn ái khí và yếm khí ký sinh trên bề mặt mảng bám và trong quá trình sống chúng đào thải các sản phẩm và độc tố cùng với các vi khuẩn, gây độc cho tổ chức lợi và vùng quanh răng. Sau 24 giờ mảng bám có thể gây bệnh được nếu chúng ta không chải răng. Nhiều công trình nghiên cứu của Slots, Socransky... đã khẳng định rằng mảng bám là yếu tố bên ngoài quan trọng nhất trong bệnh sinh viêm lợi và viêm quanh răng.

3.2. Những ảnh hưởng nội tại

Người ta thấy rằng các yếu tố nội tại cũng có ảnh hưởng tới bệnh sinh của bệnh quanh răng như suy dinh dưỡng, thiếu vitamin B, C và ảnh hưởng của các

bệnh toàn thân như đái tháo đường, bệnh máu, bệnh động kinh, tâm thần. Đặc biệt là sự thay đổi nội tiết tố ở tuổi dậy thì, thai nghén và cho con bú ảnh hưởng không nhỏ tới sự thay đổi ở lợi dễ gây viêm. Nhiều nghiên cứu thấy rằng có những người vệ sinh răng miệng rất tốt nhưng lại bị viêm lợi quanh răng nặng hơn là người vệ sinh răng miệng kém, cùng một khối lượng mảng bám như nhau nhưng ở người này thì gây bệnh còn ở người khác thì không. Như vậy ở mỗi cá thể thì sự mẫn cảm và sự đáp ứng với các yếu tố gây bệnh khác nhau, đó là phản ứng miễn dịch của cơ thể hay là sức đề kháng của cơ thể đối với tác nhân gây bệnh là mảng bám vi khuẩn ở răng lợi. Phản ứng miễn dịch tại chỗ của cơ thể là tác nhân nội tại quan trọng nhất trong những yếu tố ảnh hưởng bên trong. Cho đến nay người ta cũng nghiên cứu sâu về khả năng dùng vaccin để phòng bệnh nhưng chưa có kết quả.

4. Viêm lợi

Viêm lợi là viêm khu trú ở lợi (bờ, nhú lợi, lợi dính) nhưng không ảnh hưởng tới xương ổ răng.

Nguyên nhân:

Chủ yếu là do vi khuẩn ở mảng bám răng lợi thường là các loại cầu khuẩn và trực khuẩn, vi khuẩn sợi, do virus, do sang chấn và các tác nhân lý học và hoá học, do mọc răng, do sâu răng không được chữa...

Lâm sàng:

Rất đa dạng, viêm phá huỷ nhú lợi, viền lợi và lợi bám dính, có thể viêm đỏ, viêm thanh dịch, viêm loét, viêm phì đại và có các thể viêm đặc hiệu do lao và giang mai. Nếu viêm nặng thường đau và dễ chảy máu khi ăn nhai, khi chải răng, mút chíp và chảy máu tự nhiên, bệnh nhân ngại ăn thức ăn rắn, ngại vệ sinh răng miệng, đặc biệt là viêm lợi miệng Herpes.

Tiến triển của viêm lợi:

Nếu bệnh nhân vệ sinh răng miệng tốt và chữa trị kịp thời, lợi sẽ hết viêm và trở lại bình thường. Nếu không điều trị triệt để bệnh dễ tái phát và bị viêm mạn tính và có không ít trường hợp tiến triển tới viêm quanh răng nếu quá trình viêm mạn tính và lan sâu xuống tổ chức quanh răng.

Điều trị:

Trong thời gian viêm cấp tính, cần chữa tại chỗ: bơm rửa sạch bằng nước oxy già 3 - 6% hoặc tím gential 5% rồi chấm vào vùng viêm các thuốc làm săn niêm mạc như gential 1 - 2%, ATS 30%, ở viêm lợi loét hoại tử có thể người ta dùng bạc nitrat 1 - 5% chấm vào chỗ loét. Sau 1 - 2 ngày lấy cao răng và mảng bám răng. Hướng dẫn bệnh nhân giữ vệ sinh răng miệng, chải răng đúng kỹ thuật.

5. Viêm quanh răng

Đặc điểm là viêm lợi mạn tính có túi quanh răng, có tiêu xương ổ răng và bệnh phát triển mạn tính với những đợt cấp hay bán cấp, thường gặp ở người lớn tuổi.

5.1. Triệu chứng lâm sàng

Thời kỳ đầu: bệnh âm ỉ, kéo dài, bệnh nhân thấy viêm ở lợi và ngứa, chảy máu khi chải răng, thỉnh thoảng thấy răng lung lay, có người thấy răng cửa trên thưa dần và bị đẩy ra trước, miệng hôi, thường bệnh nhân tự điều trị. Khám thấy bệnh có thể ở một vùng hoặc cả hàm hoặc hai hàm lợi viêm mạn tính, thăm túi lợi sâu quá 1,5mm, răng lung lay nhẹ, chụp phim răng thấy có tiêu xương ổ răng. Trong thời kỳ này nếu điều trị tại chỗ và vệ sinh răng miệng tốt thì kết quả rất tốt.

Thời kỳ viêm nặng: thường gặp ở người lớn tuổi (40 - 50 tuổi) dấu hiệu ồ ạt hơn và nặng hơn thời kỳ đầu, đặc biệt là miệng hôi nhiều, ấn lợi vùng răng bệnh thấy có mủ chảy ra, răng lung lay nhiều, đau nhiều răng và răng di chuyển nhiều; khám thấy lợi viêm mạn tính, túi quanh răng sâu 4 - 5 mm hoặc hơn, răng lung lay, lợi co hở cổ và chân răng và răng bị di lệch.

Tóm lại ở thời kỳ này có đầy đủ những dấu hiệu điển hình của viêm quanh răng, đó là:

- Viêm lợi mạn tính.
- Túi quanh răng sâu, có mủ.
- Lợi co hở cổ và chân răng.
- Tiêu xương ổ răng hỗn hợp: tiêu ngang và tiêu chéo.
- Răng lung lay và di chuyển.

Tiến triển: nếu không được điều trị sẽ dẫn đến biến chứng và mất răng hàng loạt. Điều trị kịp thời bệnh sẽ ổn định và phục hồi chức năng ăn nhai. Nhưng ở người viêm quanh răng nặng kèm bệnh toàn thân (như đái tháo đường) thì tiên lượng xấu, khó giữ răng được lâu.

Biến chứng:

- Túi mủ phát triển thành áp xe quanh răng, có thể khu trú ở quanh răng một răng hoặc nhiều răng, cần phải dẫn lưu ổ mủ.
- Viêm tuỷ răng ngược dòng do nhiễm trùng từ túi quanh răng lan tới cuống răng vào tủy răng.
- Viêm mô tế bào, viêm xoang hàm, viêm xương tuỷ hàm.

5.2. Các thể lâm sàng viêm quanh răng

- *Viêm quanh răng cấp tính ở người trẻ:* gặp ở tuổi thiếu niên và thanh niên. Thường viêm phá huỷ (tiêu xương phía hàm ếch) vùng răng số 6 và vùng răng cửa giữa trên rất nhanh, răng lung lay và mất chức năng ăn nhai. Có thể lan toả cả hàm hoặc hai hàm, bệnh tiến triển nhanh, tiêu xương nhanh, biến chứng và trong vòng 2 - 5 năm sẽ rụng toàn bộ răng.
- *Viêm quanh răng tiến triển nhanh:* gặp ở tuổi trưởng thành từ 18 - 30 tuổi, viêm có thể khu trú một vùng hoặc cả hàm, có tiêu xương ngang và sâu, tiến triển nhanh.

- Viêm quanh răng mạn tính: gặp ở tuổi trung niên, tiến triển chậm từng đợt, thời gian dài. Nếu điều trị kịp thời thì còn giữ răng lâu dài.
- Viêm lợi loét hoại tử, viêm quanh răng, thể này nặng, cần điều trị tích cực.

5.3. Khám và lập kế hoạch điều trị

Phần hành chính

- Phần hỏi bệnh sử và tiền sử: cần hỏi lý do đến khám, các dấu hiệu, các thuốc và phương pháp đã được điều trị, các bệnh toàn thân có liên quan như đái tháo đường, bệnh tuyến giáp, tim mạch, bệnh máu... Nữ thì hỏi thêm kinh nguyệt, thai nghén, các thuốc điều trị và có dị ứng với thuốc? tiền sử bản thân, gia đình.

Lâm sàng:

- Khám:
  + Tình trạng răng: sâu, nhổ, hàn, khớp cắn.
  + Tình trạng lợi: viêm, độ co lợi và hở cổ và chân răng. Túi lợi quanh răng sâu mấy mm, vùng nào, răng nào nặng nhất? Có mảng bám quanh răng?
  + Độ lung lay và di lệch của răng.

Cận lâm sàng: X quang: chụp phim răng trong miệng và toàn cảnh đánh giá mức độ tiêu xương ổ răng và phân loại tiêu xương. Nếu có bệnh toàn thân cần cho làm thêm các xét nghiệm chuyên khoa như xét nghiệm máu, nước tiểu, sinh hoá...

Lập kế hoạch điều trị bao gồm: các chỉ định chữa răng sâu, nhổ răng đối với răng không còn chức năng và biến chứng, làm răng và hàm giả phục hồi chức năng ăn nhai; điều trị túi mủ quanh răng. Lấy cao răng, mảng bám. Hướng dẫn bệnh nhân vệ sinh răng miệng, đặc biệt là chải răng đúng kỹ thuật và xoa nắn lợi.

6. Điều trị bệnh quanh răng

Muốn đạt kết quả tốt cần giải thích cho bệnh nhân hiểu để họ hợp tác với thầy thuốc tốt. Việc điều trị bệnh quanh răng cho đến nay chưa có phương pháp nào là đặc hiệu, mà còn là một phức hợp điều trị bao gồm nhiều phương pháp, theo các bước sau:

Loại trừ các kích thích tại chỗ như: lấy cao răng, mảng bám răng, chất bàn thừa, kênh, sửa lại hàm giả sai kỹ thuật, chữa các răng sâu, nhổ các răng và chân răng sâu mất chức năng và biến chứng, chỉnh sửa khớp cắn sang chấn.

Điều trị viêm lợi, túi mủ quanh răng bằng phương pháp bảo tồn và phẫu thuật, liên kết các răng lung lay.

Phục hồi lại những răng đã mất bằng hàm giả.

Hướng dẫn bệnh nhân vệ sinh răng miệng đặc biệt là chải răng đúng kỹ thuật. Phương pháp chải răng có hiệu quả nhất hiện nay là dùng bàn chải mềm đặt vào cổ răng chếch phía chân răng một góc 45°, chải miết xuống phía mặt thân

răng và day day vào các kẽ răng chải đều tịnh tiến từ sau ra trước, chải các mặt trong, ngoài và mặt nhai, thời gian chải khoảng 2 - 3 phút.

Trong giai đoạn cấp tính của bệnh, hoặc áp xe quanh răng nhiều ổ cần phối hợp thuốc kháng sinh, giảm đau và vitamin. Súc miệng bằng nước oxy già 3% pha loãng hoặc dung dịch chlohexidin gluconat 0,12%. Một số tác giả Liên Xô (cũ) còn dùng các thuốc chống dị ứng, đưa các loại bột nhão kháng sinh vào túi quanh răng, điện di ion liệu pháp các loại men và vitamin, uống Insadol và Protosan...

7. Phòng bệnh quanh răng

Để cho hàm răng luôn khoẻ và đẹp, thực hiện chức năng ăn nhai, phát âm và thẩm mỹ tốt cần hiểu và biết dự phòng các bệnh viêm lợi và viêm quanh răng.

Trong thời kỳ thai nghén người mẹ cần ăn uống đủ chất để thai nhi phát triển tốt. Trẻ sơ sinh cần được nuôi dưỡng đầy đủ bằng sữa mẹ, có đủ calci giúp cho mầm răng phát triển và mọc thuận lợi. Phòng cho trẻ các bệnh đường mũi họng để khỏi thở bằng mồm ảnh hưởng tới cung răng. Trẻ em học cấp I, cấp II cần được hướng dẫn cách chải răng và giữ vệ sinh răng miệng. Được chữa các răng sâu và nắn chỉnh răng mọc lệch lạc.

Tuổi dậy thì và thanh niên: có sự thay đổi nội tiết tố và phát triển đột biến về thể chất nên dễ bị viêm lợi, cần giữ vệ sinh răng miệng cẩn thận, đặc biệt là chăm sóc răng ở nhà,chữa viêm lợi nếu có, nắn chỉnh răng mọc lệch hay khớp cắn không bình thường như khớp cắn ngược, răng vẩu... khám răng định kỳ 6 tháng một lần.

Tuổi trưởng thành: duy trì việc chăm sóc răng miệng ở nhà. Khám răng miệng định kỳ một năm hai lần. Chữa các răng sâu, chữa viêm lợi, viêm quanh răng kịp thời, chỉnh sửa sang chấn khớp cắn, những răng bị nhổ do sâu răng và viêm quanh răng cần làm răng hàm giả để phục hồi chức năng ăn nhai và giữ cho các răng còn lại chắc. Giữ vệ sinh răng miệng tốt và xoa nắn lợi hàng ngày, dùng bàn chải khẽ, chỉ nha khoa để làm sạch mặt bên răng và kẽ các răng.

TEST ĐÁNH GIÁ

Đúng – Sai

1 Kể cho đủ các tổ chức quanh răng:

a....

b....

c. Xương ổ răng

d....

2 Khoanh tròn 1 câu đúng dưới đây.

a. Độ cứng xương răng bằng xương

b. Độ cứng xương răng bằng men răng

c. Độ cứng xương răng bằng ngà răng

d. Độ cứng xương răng theo tỷ lệ $\frac{\text{hữu cơ}}{\text{vô cơ}} = \frac{1}{1}$

3 Khoanh tròn 1 câu đúng dưới đây.

a. Lợi bám dính vào thân răng

b. Lợi bám dính vào chân răng

c. Lợi bám vào chân răng và một phần xương ổ răng

d. Lợi bám dính vào cổ răng, một phần chân răng và xương ổ răng

4 Điền cho đủ các nhóm dây chằng quanh răng dưới đây:

a. Nhóm dây chằng cổ răng

b. .....

c. ....

d. Nhóm kẽ giữa các chân răng ở răng nhiều chân

5 Khoanh tròn câu đúng dưới đây:

a. Xương ổ răng là xương đặc.

b. Xương ổ răng là xương đặc.

c. Xương ổ răng là xương đặc và xương xốp

d. Xương ổ răng gồm lá cứng đặc và xương chống đỡ xốp.

6 Khoanh tròn 1 câu đúng nhất trong các yếu tố bệnh căn, bệnh sinh ngoại lai, yếu tố nào quan trọng nhất.

a. Khớp cắn sang chấn

b. Mảng bám răng

c. Răng mọc lệch

d. Cao răng

7 Trong các yếu tố nội tại, khoanh tròn yếu tố nào quan trọng nhất:

a. Phản ứng miễn dịch tại chỗ của cơ thể

b. Thiếu vitamin C

c. Rối loạn nội tiết tuổi dậy thì và thai nghén

d. Suy dinh dưỡng

8 Điền cho đủ 4 loại bệnh viêm quanh răng trong phân loại:

a. Viêm lợi

b. ....

c. ....

d. Teo vùng quanh răng

9 Khoanh tròn 1 câu đúng nhất trong những nguyên nhân viêm lợi dưới đây:

a. Tác nhân vật lý, hoá học

b. Sang chấn

c. Vi khuẩn

d. Mọc răng

10 Kể cho đủ các thể viêm lợi:

a. Viêm đỏ

b. ....

c. ....

d. ....

e. Viêm đặc hiệu

11 Điền đủ các triệu chứng điển hình của viêm răng quanh răng:

a. Viêm lợi mạn tính

b. ....

c. Lợi co, hở cổ và chân răng

d. ....

e. ....

12 Khoanh tròn một biến chứng thường gặp của viêm quanh răng.

a. Viêm mô tế bào, viêm xoang hàm, viêm xương tuỷ hàm

b. Áp xe quanh răng

c. Viêm tuỷ răng ngược dòng

d. Đi xa vào tim, não.

13 Kể đủ 4 thể lâm sàng viêm quanh răng

a. Viêm quanh răng cấp tính ở người trẻ

b. ....

c. Viêm quanh răng mạn tính

d. ....

14 Khoanh tròn 1 câu đúng nhất trong khám cận lâm sàng viêm quanh răng.

a. Xét nghiệm máu

b. Xét nghiệm nước tiểu

c. Chụp phim răng trong miệng và toàn cảnh

d. Chụp phim phổi

15 Kể cho đủ các bước điều trị viêm quanh răng.

a. Loại trừ các kích thích tại chỗ

b. ....

c. ....

d. Hướng dẫn bệnh nhân vệ sinh răng miệng

16 Khoanh tròn câu đúng trong hướng dẫn bệnh nhân chải răng

a. Chải răng

b. Chải chếch 45°

c. Chải xoay tròn

d. Chải chếch 45° và xoay tròn

CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH NHỔ RĂNG - TAI BIẾN THƯỜNG GẶP DO NHỔ RĂNG

I. MỤC TIÊU

1. Chỉ định được những trường hợp cần phải nhổ răng và chưa cần nhổ răng.
2. Chẩn đoán được những tai biến thường gặp do nhổ răng.
3. Xử trí được (tạm thời) các trường hợp chảy máu kéo dài và viêm ổ răng sau khi nhổ răng.

II. NỘI DUNG CHÍNH

1. Đặt vấn đề

- Khi thăm khám răng, người thầy thuốc phải biết và phải trả lời được câu hỏi: có cần nhổ răng không? do đó việc biết và áp dụng những chỉ định và chống chỉ định nhổ răng này một cách linh hoạt phù hợp với từng bệnh nhân là điều hết sức quan trọng. Những chỉ định và chống chỉ định này mang tính tương đối.
- Việc quyết định nhổ răng cho bệnh nhân phải căn cứ vào những điểm cơ bản sau:
  - Tình trạng bệnh lý của răng.
  - Tình trạng sức khoẻ chung của người bệnh.
  - Khả năng của người thầy thuốc, trang thiết bị, dụng cụ và cơ sở vật chất khác.

2. Những chỉ định nhổ răng

2.1. Đối với răng vĩnh viễn

- Nhổ những răng không còn chức năng ăn nhai.

  Ví dụ: vỡ quá 2/3 thân răng, chỉ còn chân răng, răng lung lay nhiều (độ 3, độ 4) (do bệnh nha chu, tiêu xương quá nhiều v.v...
- Nhổ những răng bị viêm nhiễm mạn tính, đã điều trị nhiều lần (bằng phương pháp bảo tồn hay phẫu thuật) mà không có kết quả.
- Nhổ những răng gây ra biến chứng viêm tại chỗ (viêm xương, viêm mô tế bào, viêm xoang hàm v.v...).
- Nhổ răng theo yêu cầu của phục hình răng hay chỉnh hình răng mặt.

- Nhổ những răng ngầm, răng lệch, răng thừa đã gây ra biến chứng nhiều lần.
- Nhổ những răng bệnh lý, mà những răng này sẽ nằm trên đường đi của tia xạ trong việc điều trị một khối u nào đó vùng hàm mặt.

2.2. Đối với răng sữa

- Nhổ những răng sữa đã đến tuổi thay răng.
- Nhổ những răng sữa bị viêm mạn tính điều trị nhiều lần không có kết quả.
- Nhổ những răng sữa mà những răng này cản trở đến việc mọc răng vĩnh viễn.

3. Chống chỉ định nhổ răng

- Chưa nhổ răng cho những người đang bị bệnh cấp tính (như cảm, cúm, viêm phế quản v.v...),bệnh nội tiết, tim mạch, thần kinh và tâm thần, phụ nữ đang có kinh nguyệt, thai nghén v.v...
- Chưa nhổ răng cho những răng lệch, mà những răng này chưa hề gây ra biến chứng.
- Cấm không được nhổ răng trong thời gian bệnh nhân đang điều trị tia xạ một bệnh nào đó ở vùng hàm mặt.

4. Những tai biến trong quá trình nhổ răng

4.1. Ngất xỉu (Lipothemie)

Nguyên nhân: do bệnh nhân mệt mỏi, đau đớn, mất ngủ và sợ hãi.

Ngất: là một trạng thái mất tri giác một phần hay toàn bộ tạm thời do thiếu oxy trong não.

Từ nhẹ đến nặng người ta chia ra 3 trạng thái: xỉu, ngất xanh và ngất trắng.

Xỉu: là tình trạng mất một phần tri giác.

Biểu hiện lâm sàng:

- Ngáp
- Vẻ mặt hoảng hốt, lo sợ.
- Toát mồ hôi.
- Da xanh tái.
- Bệnh nhân xỉu dần đi.
- Mạch nhỏ, không đều.
- Nhịp thở chậm lại.

Xử trí:

- Cho bệnh nhân nằm đầu thấp, nơi thoáng khí và ấm.
- Nới rộng quần, áo.

- Xoa cồn vào mặt, thái dương, trán, hai bên cổ.
- Tiêm thuốc hồi sức và trợ tim:
  + Campho 1 ống 5ml tiêm dưới da
  + Coramin 1 ống 5ml tiêm dưới da
  + Cafein 1ml, v.v...

***Ngất xanh** (Syncope):*

Biểu hiện lâm sàng:

- Da mặt xanh tím (Cyanose).
- Nhịp thở, nhịp tim lúc đầu tăng, sau không đều và ngừng hẳn.
- Huyết áp tăng rồi hạ.

Xử trí:

- Hô hấp nhân tạo: khai thông đường hô hấp trên (lấy đờm rãi). Thực hiện phương pháp miệng - qua miệng: đặt bệnh nhân nằm ngửa, kê một cái gối dưới xương bả vai, lật đầu ra sau. Người cứu nạn quì gối cạnh đầu bệnh nhân, một tay lật đầu ra sau và kẹp mũi. Tay kia đỡ cằm và banh miệng ra. Miệng kề miệng thổi đến khi lồng ngực bệnh nhân nở ra. Thổi như vậy 12 lần một phút. Nếu không khai thông đường hô hấp được thì phải mở khí quản tối thiểu.
- Tiêm thuốc hồi sức.
- Thở oxy.

***Ngất trắng** (Shock)*: Đây là tình trạng tim phổi đều ngừng hoạt động.

Biểu hiện lâm sàng:

Có thể xảy ra đột ngột, không một dấu hiệu báo động.

Bệnh nhân da xám, không tự chủ được.

Đồng tử dãn to.

Có thể có một vài triệu chứng trước khi ngất trắng.

- Xỉu, toát mồ hôi.
- Buồn nôn hoặc nôn.
- Mạch chạm, không đều.
- Huyết áp hạ.

Sau đó có thể xuất hiện.

- Mạch không bắt được.
- Không nghe được tiếng tim.
- Huyết áp không đo được.

Xử trí: cần nhanh chóng tái lập tuần hoàn và hô hấp cho bệnh nhân.

- Hô hấp nhân tạo.
- Cho thở oxy.
- Xoa bóp tim ngoài lồng ngực.
- Tiêm adrenalin 1/1000 0,2 - 0,3 ml vào thất trái.

4.2. Gẫy kim tiêm

Nguyên nhân:

- Do bệnh nhân sợ hãi, giãy giụa.
- Do thầy thuốc làm thủ thuật thô bạo, không đúng phương pháp.

Xử trí:

- Nếu không thấy đầu kim gãy thì dùng gắp lấy ra.
- Nếu không trông thấy đầu kim gãy thì phải rạch phần mềm dưới sự hướng dẫn của X.quang, siêu âm.

4.3. Choáng do thuốc tê

Nguyên nhân:

- Do cơ địa người bệnh mẫn cảm với thuốc tê.
- Do dùng thuốc sai.

Biểu hiện lâm sàng: sau khi tiêm thuốc tê, bệnh nhân xuất hiện các triệu chứng như:

- Người mệt mỏi- xỉu đi.
- Da tái xanh.
- Vã mồ hôi.
- Mạch nhanh nhỏ.
- Buồn nôn hoặc nôn.
- Đồng tử dãn to.

Xử trí:

- Nới rộng quần áo.
- Cho bệnh nhân nằm đầu thấp, nơi thoáng khí và ấm
- Tiêm thuốc:
  + Campho 1 ống 5ml dưới da
  + Coramin 5ml dưới da
  + Cafein 1ml

- Nếu nặng:
  + Cho thở oxy
  + Dùng thuốc kháng histamin
  + Truyền dịch.

4.4. Tai biến làm hại răng

Gãy vỡ thân răng

Nguyên nhân:

- Do tổn thương răng quá lớn, răng đã điều trị nhiều lần...
- Do bệnh nhân giãy giụa, gạt tay người thầy thuốc khi đang làm thủ thuật.
- Do thầy thuốc nhổ răng thô bạo không đúng phương pháp.

Xử trí: (về nguyên tắc) phải lấy chân răng ra khỏi xương hàm.

- Nếu tiên lượng dễ thì dùng bẩy, kìm để lấy chân răng căn cứ vào tổn thương răng và X quang.
- Nếu tiên lượng khó: thì phải phẫu thuật bộc lộ xương ổ răng để lấy chân răng.

Làm sai khớp hay lung lay răng bên cạnh

Nguyên nhân: Do dùng bẩy không đúng.

Xử trí:

- Nếu răng lung lay còn nằm trong ổ răng, thì có thể cố định răng này bằng chỉ thép với những răng bên cạnh. Khuyên bệnh nhân tránh ăn nhai và phải theo dõi tuỷ răng còn sống hay chết để điều trị kịp thời.
- Nếu răng bị rơi ra khỏi ổ răng: thì cần phải cấy lại răng.

Nhổ nhầm răng

Nguyên nhân: Do người thầy thuốc không cẩn thận hoặc tìm không đúng răng bệnh lý.

Xử trí:

Cần nói cho bệnh nhân biết làm thủ thuật cấy lại răng nếu có các điều kiện sau:

- Răng nhổ ra còn nguyên vẹn.
- Xương ổ răng không bị vỡ, tổ chức phần mềm lành lặn.
- Bệnh nhân khoẻ.
- Nhổ mầm răng vĩnh viễn.

4.5. Tổn thương xương hàm

Xương ổ răng và rách nát phần mềm quá nhiều

Nguyên nhân: Do nhổ răng khó. Phải sử dụng đục, bẩy.... để lấy răng, hoặc do người thầy thuốc làm thô bạo.

Xử trí

- Rửa sạch ổ răng bằng dung dịch NaCl 9‰, H_2O_2 5 - 10v.
- Lấy hết những mảnh xương vụn ra khỏi ổ răng.
- Dùng nạo, kìm gặm xương làm nhẵn nhụi mặt xương.
- Khâu phục hồi phần mềm.
- Theo dõi và chăm sóc tổn thương sau nhổ răng.

Gãy vỡ lồi củ xương hàm trên do nhổ răng số 8 hàm trên

Nguyên nhân: Do bẩy quá mạnh ra phía sau. Nhất là khi chân răng bị cứng liền với ổ răng. Từ đó có thể dẫn đến xuất huyết của động mạch răng sau.

Xử trí: Lấy mảnh vỡ lồi củ.

Tổn thương xoang hàm trên khi nhổ răng hàm nhỏ và lớn hàm trên

Nguyên nhân:

- Do người thầy thuốc làm thô bạo trong quá trình nhổ răng.
- Do đặt bẩy không đúng.

Các hình thái tổn thương:

- Xoang bị thủng lành mạnh.
- Xoang bị thủng có bệnh từ trước.

Chẩn đoán lâm sàng:

- Đang nhổ răng thì thấy mất răng đó.
- Làm nghiệm pháp thổi.
- Chụp X quang.

Xử trí: Về nguyên tắc phải lấy bằng được chân răng ra khỏi xoang.

- Nếu còn nhìn thấy chân răng ta dùng châm số 17 theo đường ổ răng để móc chân răng ra.
- Nếu trên X quang: chân răng nằm gần ổ răng thì dùng một miếng gạc cuộn đẩy vào trong xoang. Gạc vào xoang sẽ mở rộng và ngoáy trong xoang. Rút gạc ra, có thể lôi theo chân răng.
- Nếu thất bại thì dùng phẫu thuật bộc lộ xoang để lấy chân răng và khâu phần mềm lại.

Gãy xương hàm

Do người thầy thuốc dùng lực quá mạnh để nhổ răng. Đặc biệt khi dùng búa đục để phá xương ổ răng mà không được người trợ thủ đỡ hàm. Khi phát hiện gãy xương hàm thì phải xử trí theo nguyên tắc nắn chỉnh và cố định xương hàm. Để phòng ngừa tai biến này, cần phải biết hạn chế lực trong quá trình nhổ răng.

4.6. Tổn thương cơ

Nguyên nhân:

- Quá trình nhổ răng làm tổn thương phần mềm.
- Thường do dụng cụ trượt đâm vào các tổ chức xung quanh như lợi, má, sàn miệng, lưỡi, môi v.v...

Xử trí:

- Nếu rách - thủng thì khâu phục hồi.
- Cho dùng kháng sinh.
- Chống viêm tại chỗ.

4.7. Tổn thương dây thần kinh răng dưới và dây lưỡi

Gặp khi nhổ răng hàm nhỏ, răng khôn hoặc răng hàm lớn hàm dưới. Để đề phòng cần sử dụng bẩy, nạo ổ răng một cách nhẹ nhàng. Tốt nhất là tránh đi xuống quá sâu vùng cuống răng để khỏi phạm phải những dây thần kinh này.

Biểu hiện lâm sàng: người bệnh đau nhức nhiều ở vùng xương hàm dưới hoặc tê ở lưỡi.

Xử trí:

- Cắt bỏ xương ổ răng.
- Dùng thuốc giảm đau toàn thân và tại chỗ.
- Các loại vitamin nhóm B liều cao.

4.8. Răng rơi vào khí quản hoặc thực quản

Nguyên nhân:

- Do kẹp răng không chặt.
- Tư thế bệnh nhân khi nhổ răng không đúng.

Xử trí:

- Nếu răng hoặc mảnh xương rơi vào thực quản thì nên để nguyên cần theo dõi phân. Có tác giả khuyên bệnh nhân ăn nhiều chất xơ như cọng măng tây, nhiều sợi có celulose mà dịch vị không làm tan được, những sợi này sẽ lôi cuốn răng ra ngoài theo phân.
- Nếu răng hoặc mảnh xương rơi vào khí quản, thì đây là một tai nạn nghiêm trọng, cần nhanh chóng cứu chữa bệnh nhân. Người bệnh khó thở, nghẹt thở, ho dữ dội, việc xử trí không kịp thời sẽ có thể làm bệnh nhân tử vong. Cần thiết cho thở oxy và tiêm thuốc chống co thắt như atropin 1/4 mg tiêm dưới da sau đó mở khí quản tối thiểu.

4.9. Trật khớp thái dương hàm

Hay gặp ở những người bệnh có dây chằng khớp chùng, hoặc khi bệnh nhân há miệng quá to và lâu, hoặc do thầy thuốc đè lên quá mạnh...

Khi trật khớp thái dương hàm cần phải nắn chỉnh ngay để trả khớp thái dương hàm về vị trí giải phẫu.

Cách tiến hành như sau:

- Để bệnh nhân ngồi trên một ghế thấp, đầu thẳng, người trợ thủ giữ chặt đầu.
- Thầy thuốc đứng trước mặt bệnh nhân, hai chân kẹp hai đầu gối người bệnh.
- Hai ngón tay cái của thầy thuốc quấn gạc đặt lên trên mặt nhai của răng hàm lớn hàm dưới, còn những ngón tay khác thì ôm chặt lấy xương hàm dưới, nơi góc hàm.
- Ấn mạnh hàm dưới từ trên xuống dưới rồi đẩy hàm ra sau.
- Khi có cảm giác hàm xê dịch và có tiếng đập lúc ấy xương chuỳ đã trở về vị trí cũ.
- Cố định hàm bằng băng quấn cằm - đầu từ 1 đến 2 tuần, khuyên bệnh nhân không nên há miệng to, ngáp to và hạn chế cử động.
- Nếu thất bại thì phải gây mê hoặc gây tê dây thần kinh cắn để nắn chỉnh.

4.10. Nhiễm trùng xương ổ răng sau khi nhổ răng

Nguyên nhân:

- Do giữ vệ sinh hốc miệng sau khi nhổ răng chưa tốt.
- Do rách nát phần mềm, vỡ xương ổ răng nhiều do nhổ răng khó.
- Do dụng cụ và người thầy thuốc không đảm bảo vô trùng khi nhổ răng.

Hình thái lâm sàng: Có 2 loại (xem bảng dưới).

Bản chất	**Viêm khô**	**Viêm ổ răng có mủ**
	Do rối loạn vận mạch, việc nuôi dưỡng xương ổ răng sau khi nhổ không được tốt	Do nhiễm trùng
Dấu hiệu lâm sàng	Cơ năng: đau nhức ổ răng Thực thể: ổ răng khô không có dịch Xương ổ răng có màu trắng xám Lợi không có dấu hiệu viêm	Cơ năng: có sốt khoảng 38°C - 39°C. Đau nhức vùng nhổ răng. Người mệt mỏi. Thực thể: huyệt ổ răng có nhiều dịch rỉ viêm, hoặc mủ Lợi xung quanh nề đỏ
Xử trí	Tuyệt đối không nạo ổ răng chỉ cần rửa sạch ổ răng bằng dung dịch NaCl 9‰ ấm. Sau đó lau khô và cho 1 bấc ngấn 2 - 3 cm có nhúng một ít eugenol. Hướng dẫn vệ sinh răng miệng và xoa nắn lợi để phục hồi vận mạch.	Gây tê tại chỗ. Nạo huyệt ổ răng. Hàng ngày bơm rửa sạch ổ răng bằng nước H_2O_2 5 - 10v, và dung dịch NaCl 9‰ Dùng thuốc chống viêm tại chỗ (Sedativ, Sindolor, xanh methylen...). Kết hợp dùng kháng sinh giảm đau.

Ngoài ra có thể gặp viêm xương, viêm mô tế bào sau nhổ răng. Tuy vậy những trường hợp này rất ít gặp. Nếu gặp có thể xử trí như đã trình bày trong bài viêm nhiễm vùng hàm mặt.

4.11. Chảy máu kéo dài sau nhổ răng

Nguyên nhân:

- Do nhổ răng cho những người mắc bệnh máu (bệnh ưa chảy máu, bệnh bạch cầu).
- Do rách nát phần mềm, vỡ xương ổ răng nhiều.
- Do còn sót lại u hạt ở cuống răng đã nhổ.

Xử trí:

- Phải thăm khám cẩn thận tỉ mỉ để phát hiện nguyên nhân gây chảy máu kéo dài.
- Xử trí theo nguyên nhân.
- Nếu do còn sót u hạt: thì nạo huyệt ổ răng lấy hết u hạt. Rửa sạch ổ răng và cho cắn gạc theo dõi.
- Nếu rách nát phần mềm và vỡ xương ổ răng nhiều thì rửa sạch ổ răng. Khâu phục hồi phần mềm. Có thể cho một miếng gelaspen vào ổ răng và cho cắn gạc chặt.
- Nếu nhổ răng cho những bệnh nhân bị bệnh máu thì cần rửa sạch ổ răng, cho 1 miếng gelaspen, nhét gạc tẩm iodofoc và cố định hàm. Sau đó kết hợp với chuyên khoa huyết học, xác định các yếu tố đông máu và điều trị theo chẩn đoán.

III. PHƯƠNG PHÁP GIẢNG VÀ HƯỚNG DẪN HỌC

1. Sử dụng ảnh minh hoạ.
2. Sinh viên tự xem bài giảng trước.

TEST ĐÁNH GIÁ

Đúng – Sai

1	Nhổ những răng bị viêm nhiễm mạn tính chưa được điều trị.
2	Nhổ những răng mà nó gây ra viêm xương, viêm mô tế bào.
3	Nhổ răng trước khi điều trị xương hàm bằng tia xạ.
4	Nhổ bớt răng để nắn chỉnh cung hàm ở người có hàm đẹp.
5	Nhổ răng lệch, ngầm chưa gây biến chứng.
6	Không được nhổ răng cho những người đang bị đái tháo đường
7	Nhổ răng cho bệnh nhân đang điều trị tia xạ ở xương hàm.
8	Gãy vỡ thân răng là một trường hợp hay gặp trong nhổ răng.
9	Cần phải khai thông đường hô hấp cho những bệnh nhân bị ngất.
10	Cần phải xoa bóp tim ngoài lồng ngực và tiêm thuốc hồi sức ngay cho bệnh nhân bị ngất.
11	Cần phải kiểm tra kỹ răng cần nhổ.
12	Không cần lấy chân răng ra khỏi xoang miễn là đảm bảo vô trùng trong hốc miệng.
13	Bằng mọi cách để lấy răng ra khỏi ống tiêu hoá.
14	Cần mở khí quản ngay nếu răng rơi vào khí quản.
15	Xỉu và ngất giống nhau về triệu chứng và điều trị.
16	Bệnh nhân há miệng to và lâu để người thầy thuốc nhổ răng là nguyên nhân gây trật khớp thái dương hàm.
17	Cầm giữ vệ sinh răng miệng tốt sau khi nhổ răng.
18	Khi đau nhức ổ răng cần phải nạo.
19	Cần phải phối hợp giữa điều trị toàn thân và tại chỗ khi bị viêm ổ răng có mủ.
20	Cần phải thăm khám kỹ bệnh nhân để phát hiện nguyên nhân chảy máu kéo dài sau nhổ răng.
21	Cần rửa sạch ổ răng và chèn gạc chặt trước khi gửi bệnh nhân lên tuyến cao hơn khi bị chảy máu sau nhổ răng.

LIÊN QUAN GIỮA RĂNG MIỆNG VÀ TOÀN THÂN

I. MỤC TIÊU

1. Phát hiện được các dấu hiệu ban đầu ở miệng khi mắc các bệnh nhiễm trùng (sởi, phát ban, thủy đậu, cúm), nhiễm độc (chì, thuỷ ngân), thiếu vitamin, bệnh nội tiết, bệnh máu.
2. Chẩn đoán được viêm xoang do răng và "giả" đau răng do viêm xoang.
3. Chẩn đoán được nhiễm trùng mắt do răng và "giả" đau răng do một số bệnh mắt.

II. NỘI DUNG

1. Đặt vấn đề

Cơ thể là một khối thống nhất. Giữa các cơ quan trong cơ thể khi hoạt động đều có sự phối hợp qua lại lẫn nhau. Một khi xuất hiện bệnh lý ở một cơ quan này thì có thể ít nhiều ảnh hưởng đến một hay nhiều cơ quan khác. Bệnh lý ở răng hàm mặt cũng như bệnh lý ở cơ quan khác cũng không tách rời quy luật trên.

2. Đối với bệnh nhiễm trùng

Một số bệnh thường được nhắc đến là:

2.1. Bệnh sởi

Là bệnh lây có tính chất toàn thân. Tuy vậy một trong những dấu hiệu xuất hiện trước khi phát ban là nốt Koplich - có màu trắng xanh nằm xung quanh lỗ tiết của tuyến mang tai (Stenon) tương ứng với vùng răng 6,7 hàm trên.

2.2. Một số bệnh khác như

Sốt phát ban, thuỷ đậu, cúm làm cho niêm mạc môi khô, lưỡi nứt nẻ. Đôi khi sốt cao làm tổn thương thành mạch gây chảy máu ở lợi.

2.3. Một số bệnh ở răng - miệng như:

Viêm quanh răng mạn tính, biến chứng của viêm tuỷ răng, viêm niêm mạc miệng v.v... có thể gây ra những bệnh ở đường tiêu hoá, (hội chứng suy giảm hấp thu), bệnh ở khớp, ở tim v.v...

3. Đối với những trường hợp bị nhiễm độc

Khi tiếp xúc lâu với hoá chất, kim loại nặng v.v... con người có thể bị nhiễm độc chẳng hạn: người lái xe có thể bị nhiễm độc chì, những người thợ mỏ thiếc,

thuỷ ngân v.v... có thể bị nhiễm độc thủy ngân v.v.. Người ta thấy rằng, những người bị nhiễm độc này đều xuất hiện các triệu chứng ở lợi, ở răng, như lợi không còn săn chắc hồng nhạt nữa mà có màu đen, răng ngả màu v.v..

4. Đối với người thiếu vitamin

4.1. Thiếu vitamin C

- Chảy máu lợi
- Bệnh nhân dễ bị viêm lợi do sức đề kháng giảm.

4.2. Thiếu vitamin A

- Niêm mạc miệng dễ bị hoại tử - bong các lớp niêm mạc.
- Miệng khô.

4.3. Thiếu vitamin D

- Xương hàm bị biến dạng (vẩu...).
- Răng mọc chậm.
- Tổ chức cứng của răng thiếu vững chắc.

4.4. Thiếu vitamin B_1

- Gây rối loạn chuyển hoá albumin. Từ đó làm mức độ vững chắc của răng kém đi.
- Gây hiện tượng tê bì.

5. Thiếu một số chất như calci, fluo

Cũng làm ảnh hưởng đến chất lượng của men, ngà răng. Người thiếu những chất này dễ mắc bệnh sâu răng.

6. Đối với người bị bệnh nội tiết

6.1. Người bị bệnh thiểu năng tuyến giáp: làm răng mọc chậm, tổ chức cứng của răng yếu, dễ bị gãy xương.

6.2. Người cường năng tuyến giáp: răng dễ bị vỡ.

6.3. Rối loạn tuyến cận giáp: cũng dẫn đến rối loạn chuyển hoá calci - từ đó ảnh hưởng đến chất lượng của thân răng.

6.4. Cường tuyến yên: người có bệnh to đầu ngón bẩm sinh (acromegalie) có môi dày, thễu xuống, mũi to, răng to và thưa. Lưỡi gà phì đại, trụ trước amidan và hàm ếch to hơn bình thường.

6.5. Thiểu năng tuyến yên: người bệnh có mặt choắt, miệng nhỏ như miệng chuột, răng và hàm ếch nhỏ.

6.6. Tuyến sinh dục (ở nữ):

Ở thời kỳ có kinh nguyệt: tăng tiết nước bọt dễ bị viêm tuyến nước bọt. Có thể bị chốc mép, viêm niêm mạc miệng. Có mụn herpes ở mép, viêm lợi v.v. ..

Ở thời kỳ thai nghén: răng dễ bị vỡ do thiếu calci. Mọi tổn thương ở niêm mạc có biểu hiện rõ hơn thời kỳ kinh nguyệt.

Ở thời kỳ tắt kinh: dễ bị khô miệng, viêm lợi, viêm quanh răng v.v...

7. Đối với bệnh máu

(Như bệnh ưa chảy máu, bệnh bạch cầu...) cũng đều có triệu chứng ban đầu xuất hiện ở lợi, như tự nhiên chảy máu lợi, răng lung lay, miệng hôi, môi khô, lưỡi nứt nẻ...

8. Mối quan hệ với bệnh tai mũi họng

Từ viêm xoang, viêm amidan có thể gây ra bệnh lý ở răng và những mô xung quanh. Ngược lại do quan hệ chặt chẽ về giải phẫu nên một khi xuất hiện bệnh lý ở răng hàm nhỏ, răng hàm lớn hàm trên có thể gây ra bệnh viêm xoang hàm hay viêm đa xoang.

9. Mối quan hệ với bệnh đường tiêu hoá

9.1. Rối loạn tiêu hoá: có thể biểu hiện ở lưỡi, như lưỡi có màng trắng xám (lưỡi bẩn).

9.2. Viêm dạ dày: lưỡi có màng vàng nhạt, miệng khô.

9.3. Viêm ruột: có những đợt viêm lợi, viêm niêm mạc miệng.

9.4. Ngược lại có bệnh lý ở răng và vùng quanh răng thì gây ra: tiêu hoá kém, hấp thụ giảm, viêm đường tiêu hoá.

10. Mối quan hệ với bệnh ở mắt

10.1. Nhiễm khuẩn ở răng - miệng: có thể gây ra nhiễm trùng ở mắt và chấn thương xương ở mặt (Lefort III) gây rối loạn thị giác.

10.2. Bệnh glocom cấp có biểu hiện đau nhức răng

Trên đây là một số bệnh có liên quan đến bệnh RHM. Không thể nói là đã đầy đủ và rõ ràng, nhưng một phần nào đó đã khẳng định rằng: khi thăm khám bệnh lý ở răng - hàm - mặt cần phải quan tâm đến bệnh lý ở các cơ quan khác trong cơ thể và ngược lại. Có như vậy việc dự phòng và điều trị mới mang lại hiệu quả cao.

III. PHƯƠNG PHÁP GIẢNG

- Chiếu đèn phim dương bản
- Phát tài liệu cho sinh viên trước và khuyến khích để sinh viên cho những dẫn chứng cụ thể khác.

TEST ĐÁNH GIÁ

Đúng – Sai

1		Khi thấy bệnh lý ở niêm mạc miệng thì cần phải tìm hiểu nguyên nhân.
2		Muốn răng – lợi được tốt cần phải ăn uống đảm bảo dinh dưỡng, muối khoáng, vitamin và các yếu tố vi lượng khác (calci, fluo...).
3		Không cần xử trí gì khi bị viêm niêm mạc miệng.
4		Bệnh đái tháo đường không gây ra viêm lợi, nha chu.
5		Từ biến chứng của bệnh lý răng có thể gây ra bệnh lý ở tai, mũi – họng.
6		Từ viêm xoang hàm trên dẫn đến viêm quanh cuống và viêm quanh răng ở những răng tương ứng.
7		Khi có chỉ định phẫu thuật mắt cần phải thăm khám răng – lợi.
8		Khám tại mũi họng là một việc làm không thể thiếu được khi phẫu thuật bệnh hàm mặt.
9		Cần phải giữ vệ sinh răng miệng cho người có bệnh về máu.
10		Cầm làm sạch môi trường miệng trong kế hoạch điều trị bệnh nhân bị đái tháo đường.

CẤP CỨU RĂNG MIỆNG HAY GẶP

I. MỤC TIÊU

1. Chẩn đoán được viêm tuỷ răng để gửi đi nha sĩ.
2. Chẩn đoán được gẫy, lung lay răng và xử trí cấp cứu.
3. Chẩn đoán được áp xe lợi, viêm tấy quanh xương hàm do răng để chích rạch hay gửi chuyên khoa.
4. Chẩn đoán được chảy máu lợi, và chảy máu ổ răng sau khi nhổ răng để xử trí ban đầu.
5. Chẩn đoán và sơ cứu được chấn thương rách phần mềm miệng - mặt và gẫy xương hàm.

II. NỘI DUNG

1. Đại cương

Các cấp cứu răng miệng hay gặp phải kể đến đau răng (do viêm tuỷ), ngã làm gẫy vỡ hay lung lay, rụng răng ra ngoài, sưng tấy lợi hay vùng miệng hàm do biến chứng răng. Chảy máu lợi và ổ răng là sơ cứu các chấn thương.

Các vấn đề đã được giảng trong các bài viêm tuỷ, viêm nhiễm vùng hàm mặt. Tai biến do nhổ răng và chấn thương vùng hàm mặt sẽ được nhắc lại các điểm chính. Riêng phần sang chấn răng sẽ được giảng kỹ hơn.

2. Viêm tuỷ răng và xử trí cấp cứu

Chẩn đoán:

- *Đau dữ dội từng cơn* (đau như điên dại - rage de dent) nhất là ban đêm. Bệnh nhân có thể nhận biết được đau từ răng nào. Đau lan toả theo hướng các dây thần kinh răng lên vùng thái dương.
- *Khám:* ở vùng đau trong miệng có răng với lỗ sâu, thăm khám thấy lỗ sâu đã phá huỷ gần hết lớp ngà, chạm vào đáy lỗ sâu gây rất đau cho bệnh nhân.
- *Diến biến:* đau do viêm tuỷ cấp tính kéo dài vài ngày sẽ dịu đi do tuỷ chết dần từng phần và chuyển sang viêm mạn tính khiến bệnh nhân lơ là không đi chữa răng, hậu quả dẫn đến viêm quanh cuống răng và viêm áp xe rò mủ.

Xử trí:

- Cho thuốc giảm đau: dùng một trong 3 loại sau đây:
  + Paracetamol 500mg, uống 2 - 4 viên/ngày.
  + Glafenine 200 mg, uống 2 - 4 viên/ngày.
  + Ketoprofene (Bi - Profénid) 150mg, uống 2 - 4 viên/ngày.
- Thấm xylocain 5% nhét vào lỗ sâu răng.
- Gửi bệnh nhân đến nha sĩ.

3. Sang chấn răng

Răng bị sang chấn do va đập hay ngã tuỳ theo mức độ có các thể lâm sàng sau đây:

Gãy ngang, gãy dọc, lung lay hay rời khỏi ổ răng.

3.1. Gãy ngang

- Thường gặp ở người trẻ do ngã, va đập làm gãy ngang răng cửa, hoặc nhai phải sạn làm mẻ các múi răng hàm.
- Nếu diện gãy chưa phạm vào tuỷ răng thì được chữa như một lỗ sâu ngà, men răng: hàn bằng composit.
- Đường gãy phạm vào tuỷ răng: lúc này tuỷ bị hở ra môi trường miệng, nhiễm trùng dẫn tới viêm tuỷ và tuỷ sẽ hoại tử.

Tuỳ vị trí đường gãy và tình trạng đóng cuống răng đã hoàn thành hay chưa mà nha sĩ sẽ xử trí khác nhau.

Để cấp cứu,lấy bỏ phần gãy nếu có thể sau khi đã tiêm tê hay bôi bằng loại thuốc tê benzocain 20%. Ta cũng có thể dùng thuốc tê tiêm xylocain 2 - 5% để bôi.

Với nha sĩ:

- Nếu răng đã đóng kín cuống (hay chóp), đường gãy ngang hoặc trên mức cổ răng về phía thân: phần chân răng sẽ được lấy tuỷ và hàn kín ống tuỷ ngay để sau này có thể làm răng trụ.
- Nếu răng chưa đóng kín cuống, đường gãy cũng như trên: tuỷ chỉ được lấy một phần, phần gần chóp được bảo vệ bằng thuốc Dycal (hydoxyt calci) để chờ đến khi răng đóng xong cuống sẽ lấy hết tuỷ sau.
- Nếu đường gãy nằm ở 1/3 chân răng về phía chóp thường phải chữa tuỷ và mổ nạo bỏ phần cuống răng.

3.2. Gãy dọc thân và chân răng: thường gặp ở răng hàm, người già vì răng khô và giòn.

Với răng một chân thì phải nhổ bỏ.

Với răng nhiều chân có thể lấy bỏ một phần (phần nhỏ), chữa tuỷ, rồi hàn hay bọc răng lại bằng chụp kim loại.

3.3. Xử trí cấp cứu sang chấn răng khi răng rơi ra khỏi ổ

- Tiêm phòng uốn ván cho người bệnh.
- Rửa sạch răng và ổ răng.
- Cắm răng trở lại ổ.
- Buộc cố định răng cắm lại với các răng lân cận bằng chỉ thép (số 8, hình thang) hay nẹp thép trong 3 tuần.

4. Áp xe lợi do răng và viêm tấy lan toả

4.1. Áp xe

áp xe lợi có thể do viêm nha chu, thường nằm ở ngang mức chân răng. Nếu do viêm quanh chóp răng thường nằm sâu về phía ngách tiền đình.

Nếu thấy áp xe đã tụ mủ (sau 3 - 5 ngày), tiêm phong bế xung quanh xylocain 2% hay bôi benzocain 20% và chích rạch tháo mủ. Chích ngang song song với ngách tiền đình.

4.2. Viêm tấy lan toả

- Dù nằm ở ngoài má, vùng dưới hàm hay trong miệng ngách tiền đình và sàn miệng đều cần chích rạch kết hợp với điều trị kháng sinh trước và sau khi chích rạch.
- Sau khi đã chọc dò, hút ra mủ và xác định được ổ mủ. Đường rạch vùng dưới hàm là song song với bờ dưới xương hàm dưới (cách má 1cm).
- Vùng mặt rạch ngắn theo hình rẻ quạt lấy nắp tai làm gốc để tránh cắt đứt dây thần kinh mặt.
- Trong miệng theo nếp ngang tiền đình.

5. Chảy máu lợi và ổ răng

5.1. Chảy máu lợi

Ngoại trừ các trường hợp chảy máu do có thương tổn bệnh lý ở lợi như: u lợi, ung thư niêm mạc lợi v.v... thường chảy máu lợi là do viêm lợi, và viêm nha chu.

Lợi bị viêm ở quanh cổ răng màu đỏ, sưng nề khi khẽ chạm (chải răng) là chảy máu, có khi chíp miệng cũng ra máu. Tuy việc chảy máu này không phải là cấp cứu tức thì nhưng vì kéo dài nên có khi làm bệnh nhân xanh xao, thiếu máu.

Xử trí tại chỗ bằng cách lấy cao răng, bôi eugenol, rửa bằng nước oxy già 10 thể tích.

5.2. Chảy máu ổ răng sau nhổ răng

Đây là một cấp cứu thường gặp. Sau khi nhổ răng chừng vài ba giờ mà máu vẫn chảy từ chỗ nhổ răng. Bệnh nhân lo sợ và khó chịu, vẻ mặt xanh xao.

- Khám tại chỗ ta thấy từ ổ răng hay viền lợi máu chảy rỉ rỉ.
- Xử trí: cần nạo sạch ổ răng, bỏ hết cục máu đông cũ. Nếu đáy ổ răng mà thấy còn tổ chức hạt là đúng nguyên nhân.
- Nguyên nhân gây chảy máu cũng có thể do rách lợi hay vỡ xương ổ răng. Nếu rách lợi cần khâu. Nếu vỡ xương ổ răng có mảnh xương vụn cần lấy ra. Sau đó ta đặt gạc cho bệnh nhân cắn lại. Nếu có gạc cầm máu thì nhét vào ổ răng. Cho bệnh nhân ngồi chờ sau 15 phút thay gạc nếu máu ngừng chảy là tốt.

6. Xử trí ban đầu vết thương phần mềm và gãy xương hàm

Phương tiện giao thông phát triển cộng với sự yếu kém quản lý đường phố, tai nạn ở nước ta hiện nay cao hơn gấp nhiều lần các nước khác. Vết thương vùng miệng, hàm mặt chiếm tỷ lệ cao.

Xử trí ban đầu

Cầm máu: nếu máu không phụt thành tia thì sau khi rửa sạch vết thương, băng ép chặt máu sẽ cầm. Nếu máu phụt thành tia, phải dùng kẹp để kẹp cầm máu và buộc hay khâu chữ X.

Làm thông đường thở: các vết thương gãy hàm, có các dị tật hay lưỡi tụt lấp họng cần cấp cứu làm thông đường thở: móc sạch dị vật, khâu kéo và cố định lưỡi ra trước (có thể dùng kim băng đã khử trùng nếu không có kim chỉ khâu).

Lau rửa sạch vết thương: với các vết thương phần mềm trên mặt vì có sự cung cấp máu dồi dào và vì lý do thẩm mỹ nên dù tới muộn sau 6 giờ vẫn được khâu. Việc khâu đóng của phẫu thuật viên chuyên khoa thành công hay thất bại phụ thuộc vào việc lau rửa tốt vết thương lúc sơ cứu. Lau rửa sạch hết đất, dị vật bẩn bằng nước vô trùng, xà phòng và bàn chải mềm.

Cố định sơ cứu xương gãy: trong các túi cấp cứu, thường có băng quấn cầm đầu để cố định khi có gãy xương hàm trong khi chuyển chuyên khoa.

Bệnh nhân được tiêm thuốc giảm đau nhưng không gây ngủ để có điều kiện theo dõi chấn thương sọ não.

III. PHƯƠNG PHÁP DẠY VÀ HỌC

1. Sử dụng sơ đồ hình vẽ trên Overhead.
2. Giải thích bằng các công thức tóm tắt.
3. Sinh viên đọc tài liệu trước khi nghe giảng.

TEST ĐÁNH GIÁ

Đúng – Sai

1	Đau dữ dội từng cơn vào ban đêm là triệu chứng viêm tuỷ.
2	Răng đau do viêm tuỷ kéo dài vài ngày, dịu đi rồi hết đau là khỏi bệnh.
3	Răng cửa gãy ngang cổ răng phải nhổ bỏ.
4	Răng hàm gãy dọc hay chéo thân răng, ấy bỏ mảnh vỡ là đủ.
5	Răng do sang chấn rời ra khỏi ổ không thể cắm lại vào ổ răng được.
6	Áp xe sưng tấy vùng ngách tiền đình do răng chỉ cần tiêm kháng sinh là đủ.
7	Trong viêm, chích áp xe lợi theo đường song song với ngách tiền đình lợi.
8	Viêm tấy lan toả vùng dưới hàm được chích đúng dọc theo cơ ức đòn chũm.
9	Viêm lợi chảy máu chỉ cần uống vitamin C.
10	Chảy máu sau nhổ răng cần nạo sạch ổ răng và yêu cầu bệnh nhân cắn chặt gạc.
11	Vết thương phần mềm ở mặt giống các nơi khác trên cơ thể (chi chẳng hạn) không được khâu sau đúng 6 giờ.

DỊ TẬT BẨM SINH VÙNG HÀM MẶT

I. MỤC TIÊU

1. Vẽ được bốn loại khe hở môi, vòm miệng bẩm sinh trên sơ đồ.
2. Biết kế hoạch điều trị chung theo thời gian một bệnh nhân khe hở môi - vòm miệng.
3. Vẽ được môi trên và mũi bình thường với các mốc giải phẫu cơ bản.
4. Vẽ được đường rạch mổ môi cho khe hở.

II. NỘI DUNG

1. Đặt vấn đề

Dị tật bẩm sinh vùng hàm mặt đại đa số là khe hở bẩm sinh vì vùng đầu mặt cổ trong quá trình phát triển bào thai là sự gặp nhau và gắn liền của các nụ mầm. Nếu vì nguyên nhân bệnh lý nào đó các nụ mầm này không gắn được vào nhau sẽ để lại các khe hở bẩm sinh.

Khe hở bẩm sinh vùng hàm mặt mà chủ yếu là khe hở môi - vòm miệng có tỷ lệ 1/1000 trẻ sơ sinh. Trong khoa hàm mặt, số bệnh nhân tới điều trị khe hở môi - vòm miệng chiếm khoảng 20%.

2. Sự hình thành vùng miệng - mặt và khe hở bẩm sinh

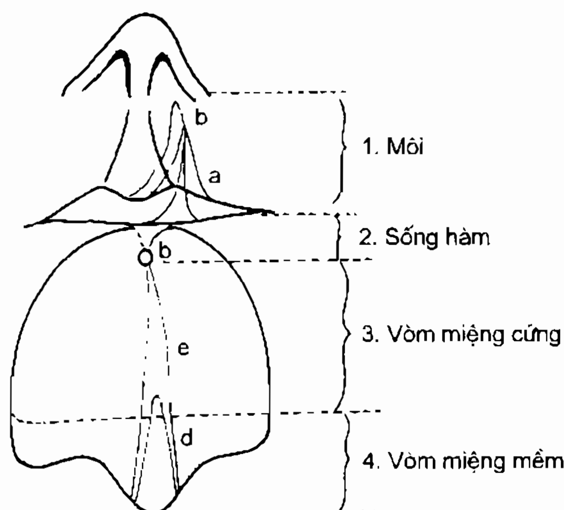
Vào tuần lễ thứ ba, khi bào thai to khoảng 10mm ở phần đầu xung quanh một chỗ lõm được gọi là miệng nguyên thuỷ (stomadeum) lồi lên năm nụ: một nụ trán, hai nụ hàm trên và hai nụ hàm dưới.

Từ nụ trán lại phát triển xuống dưới hai nụ cho hai bên phải và trái, rồi lại từng bên tách đôi thành nụ mũi trong và nụ mũi ngoài.

Môi trên và phầm hàm trên phía trước, lỗ răng cửa là sự gặp nhau của các nụ hàm trên từ hai bên tiến vào giữa và nụ mũi trong phát triển từ trên xuống. Nụ mũi ngoài thì uốn cong thành cánh mũi. Giai đoạn này gọi là sự hình thành vòm miệng tiên phát.

Vào tuần lễ thứ tám, khi bào thai to khoảng 30mm có sự hình thành vòm miệng thứ phát do các nụ khẩu cái phát triển, từ nụ hàm trên trong hốc miệng để ngăn cách hố mũi.

3. Vẽ sơ đồ bốn loại hở môi - vòm miệng



a. Khe hở môi một bên không toàn bộ

b. Khe hở môi – sống hàm tới lỗ răng cửa quen gọi là khe hở môi toàn bộ

c. Khe hở vòm miệng mềm

d. Khe hở vòm miệng toàn bộ

Qua sơ đồ ta thấy lỗ răng cưa là ranh giới nếu tính từ nhẹ đến nặng.

- *Khe hở môi sống hàm* tính từ trước ra sau: khe hở môi đỏ, khe hở tới gần nền mũi, khe hở tới nền mũi và chạy tới lỗ răng cửa.
- Ngược lại *khe hở vòm miệng* lại tính từ sau ra trước: nhẹ là khe hở lưỡi gà, vòm miệng mềm rồi khe chạy hết vòm miệng tới lỗ răng cửa.
- *Khe hở môi - vòm miệng toàn bộ* là thể nặng nhất đối với khe hở một bên là thông suốt từ trước ra sau: người ta thấy khe hở bên trái nhiều hơn bên phải hơn hai lần.
- *Khe hở môi - vòm miệng cả hai* bên chiếm khoảng 10%,là thể bệnh rất nặng - mổ tạo hình phục hồi rất khó khăn vì sự biến dạng và thiếu hụt tổ chức.

4. Điều trị khe hở môi - vòm miệng

Được coi là sự phối hợp của phẫu thuật viên, bác sĩ chỉnh nha, thầy giáo dạy phát âm, các bác sĩ tai mũi họng, tâm thần và các nhà xã hội học.

Việc điều trị ngày nay tuân theo thời gian biểu như sau:

Trong 4 tuần đầu: chăm sóc sơ sinh đặc biệt chú ý đến sự thông thương miệng mũi dễ mắc bệnh viêm đường hô hấp.

Sau một tháng: làm các hàm bịt và nắn để tạm thời bịt sự thông thương và nắn chỉnh các đoạn hàm quá di lệch (nhất là với khe hở môi vòm miệng hai bên).

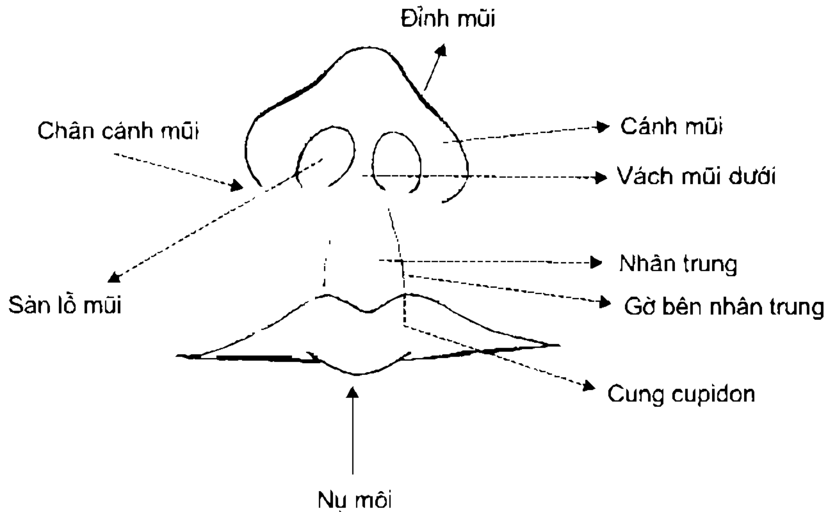
Khi trẻ từ 4 - 6 tháng: được trên 5 kg thể trọng và huyết sắc tố trên 60% sẽ được mổ tạo hình môi lần đầu.

Khi trẻ 12 - 24 tháng: có thể mổ tạo hình vòm miệng mềm theo Schueckendicir để kịp thời tập nói đúng. Sau đó theo hàm nắn và luyện phát âm.

Từ tuổi: có thể mổ tạo hình vòm miệng cứng.

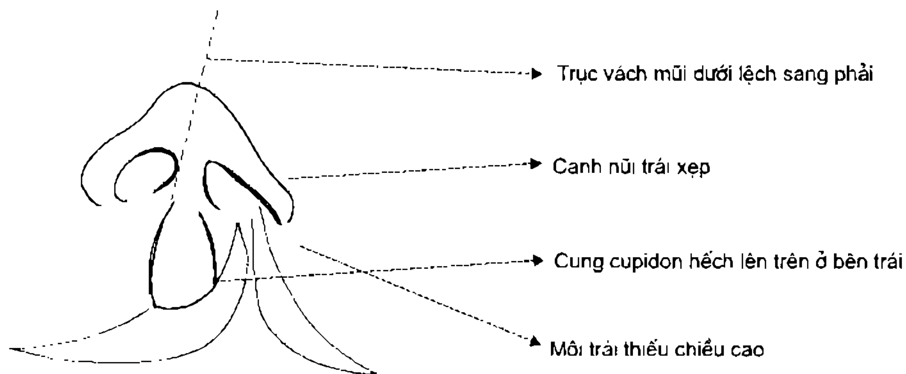
Sau 15 tuổi: sửa lại môi, mũi và làm hàm giả.

5. Vẽ hình môi trên và mũi bình thường với các điểm mốc giải phẫu quan trọng



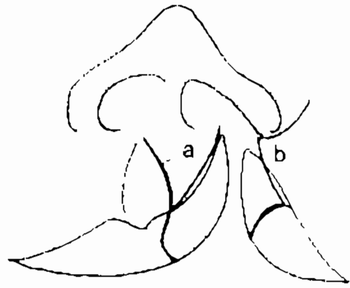
6. Khe hở môi một bên, biến dạng giải phẫu

Khi có khe hở, cơ vòng môi bị chia hai. Nếu khe hở bên trái, phần môi phải với nhân trung có cấu trúc gần bình thường tuy có bị kéo lệch: trục vách ngăn mũi lệch sang phải, cung cupidon phía bên trái kéo hếch lên trên. Môi bên trái kém phát triển, thiếu khuyết bề cao. Cánh mũi bên trái xẹp, chân cánh mũi đi lệch xuống dưới và ra ngoài.



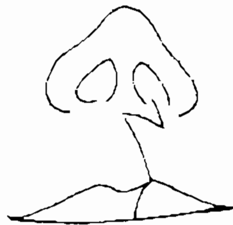
Khe hở môi toàn bộ trái

7. Phương pháp tạo hình chữa khe hở môi một bên sử dụng vạt xoay - đẩy của R.Millard (1956)



Đường rạch theo nguyên tắc tạo hình chữ Z để tạo thành hai vạt.

- Vạt xoay (a) một tam giác đỉnh vạt quay xuống dưới.
- Vạt đẩy (b) nằm bên môi bệnh là một tam giác đỉnh quay lên trên.
- Phần môi đỏ và ngách tiền đình được tạo hình bằng phương pháp chữ Z.
- Phần cơ được bộc lộ riêng và khâu kỹ nối hai bên với nhau theo hướng cơ vòng môi bình thường.



Sẹo sau khi môi được khâu phục hồi

III. PHƯƠNG PHÁP GIẢNG DẠY VÀ HƯỚNG DẪN TỰ HỌC

a. Xem ảnh bệnh nhân qua ảnh và phim đèn chiếu.

b. Vẽ trên bảng hay Overhead.

c. Xem thao tác mổ trên mô hình bằng chất dẻo.

TEST ĐÁNH GIÁ

Đúng – Sai

1	Vùng miệng – mặt trước tạo thành bởi bốn nụ mặt.
2	Vòm miệng tiên phát là phần mềm gồm môi đỏ và môi.
3	Khe hở môi – vòm miệng là bệnh bẩm sinh của hai thành phần môi và vòm miệng cứng.
4	Khe hở môi – vòm miệng là bệnh bẩm sinh của trẻ, khe hở môi phải đợi đến 3 tuổi mới mổ.
5	Khe hở vòm miệng được mổ khi 4 tuổi.
6	Khe hở môi toàn bộ bên trái làm vách ngăn mũi sẹo sang trái.
7	Cung cupidon có hình dấu ^.
8	Mổ tạo hình khe hở môi một bên theo phương pháp R Milliard căn bản là tạo hình chữ Z.
9	Phần cơ vòng môi không cần khâu kỹ.

CÁC KHỐI U LÀNH TÍNH HAY GẶP Ở VÙNG MIỆNG - MẶT

I. MỤC TIÊU

1. *Chẩn đoán được sáu khối u lành tính hay gặp ở vùng miệng - mặt*

- U máu (hémangiome)
- U bạch mạch (lymphangiome)
- U xương (osteome)
- U lợi răng (epulics)
- U liên bào (améloblastome)
- U hỗn hợp tuyến nước bọt (T. mixte salivaire)

2. *Biết hướng xử trí để gửi bệnh nhân đến các tuyến chuyên khoa phẫu thuật hàm mặt.*

3. *Phân biệt được các loại u này với khối u ác tính.*

II. NỘI DUNG

1. Đặt vấn đề

Vùng miệng - hàm mặt có thể có các u lành tính như u mạch máu, u xương v. v.v... còn có các u lành tính đặc hiệu khác như u lợi, u nguyên bào men (chỉ có ở xương hàm), u hỗn hợp tuyến nước bọt.

2. U máu

Lâm sàng:

U máu: là u tạo bởi các mạch máu (động mạch, tĩnh mạch, mao mạch) tăng sinh. Ta có thể gặp u máu ở khắp nơi trên cơ thể, nhưng ở vùng đầu, cổ mặt nhiều hơn cả (theo J.M Friedman và MB Gormby - 50% trên vùng đầu cổ mặt - (Brooklyn 1973). Trong các bệnh thuộc khoa hàm mặt u máu là loại u lành tính hay gặp nhất (khoảng 10 - 15% các ca phẫu thuật).

Có nhiều loại u máu khác nhau, chúng có chung một số triệu chứng lâm sàng như:

- Màu đỏ hay tím.
- Nổi gồ trên da hay niêm mạc, nếu ta bóp hay ấn u thì u xẹp, buông tay ra u lại phồng trở lại.
- U không đau.

– Nếu va chạm, xây xát có thể gây chảy máu.

– Khi xây xát, có thể nhiễm trùng thứ phát và làm chảy máu nhiều gây nguy hiểm. Tuy nhiên căn cứ vào giải phẫu bệnh lý và dấu hiệu lâm sàng ta có thể gặp vài thể u máu sau đây:

U máu phẳng (angiomeplan): là những bớt đỏ trên da mặt, đa số bẩm sinh hay có từ lúc nhỏ, tuy không có gì nguy hiểm nhưng ảnh hưởng đến thẩm mỹ. Khi ấn tay vào u vết đỏ đổi thành màu trắng, buông tay u lại đỏ tím.

U máu gồ (angiometubéreux): gồ trên da từng chùm như chùm dâu.

U dưới máu da: thường tạo thành các hang máu, chủ yếu do tĩnh mạch trở thành xơ, hang (caverneuse). Sự ứ đọng máu lâu ngày tạo thành các hạt sỏi trắng (phlebolithe). Sờ u hơi chắc, thấy rõ các hạt sạn cứng rắn.

Chụp X quang thấy rõ các hạt sạn.

Chẩn đoán: Dựa vào màu sắc, sờ bóp u xẹp, có thể chọc hút ra máu.

Điều trị:

– U máu phẳng có thể được cắt, ghép da hay dùng phương pháp áp lạnh bằng nitơ lỏng (cryosurgery).

– U máu gồ, u máu dưới da cũng có thể phẫu thuật cắt bỏ nếu u nhỏ, có ranh giới rõ. Nếu u to, ranh giới không rõ nguy hiểm nếu phẫu thuật, ta có thể tiêm gây xơ bằng thuốc morrhuat natri.

– Ở Việt Nam hay dùng huyết thanh mặn ưu trương đun nóng lên 70 - 80°C và tiêm vào khối u. U máu cũng có thể điều trị bằng tia xạ.

3. U bạch mạch

Ít gặp hơn u máu (khoảng 1/3 nếu tính chung với u máu).

Lâm sàng:

Có thể gặp ở lưỡi, ở má (da và niêm mạc), ở mặt và vùng dưới hàm, bên cổ. Khác với u máu, u bạch mạch màu sắc da và niêm mạc trên u gần bình thường.

– U bóp không xẹp.

– U bạch mạch dễ bị nhiễm trùng thứ phát.

– Thể bệnh hay gặp nhất là u bạch mạch nang (kystique) gặp ở vùng dưới hàm, cạnh cổ ở trẻ sơ sinh, vài tháng tuổi.

– U phát triển nhanh, không nên chọc hút gây nhiễm trùng.

Chẩn đoán: u sờ mềm, lùng bùng, bóp không xẹp, màu sắc da và niêm mạc trên u gần như bình thường.

Điều trị: Có thể tiêm gây xơ hay phẫu thuật cắt bỏ u.

4. U xương

Có thể là nguyên phát (từ tạo cốt bào) hay thứ phát (từ tế bào tạo sụn, hay tạo xơ) u phát triển chậm (hàng năm) làm mất cân đối mặt.

- Chụp phim X quang thấy xương nơi u đậm đặc.
- Chỉ mổ u xương theo lối đẽo gọt bớt u theo yêu cầu thẩm mỹ.

5. U lợi răng

U có liên quan về bệnh sinh mật thiết với sự thay đổi hormon nữ ở tuổi thiếu niên và phụ nữ mang thai.

Lâm sàng có ba thể bệnh:

U lợi xơ: mặt nhẵn, mật độ u đều, xương bình thường.

U lợi sùi: màu đỏ sẫm, sùi, sờ mềm, hay chảy máu, u phát triển từ lợi ở kẽ hai răng, trên phim X quang thấy có dấu hiệu tiêu xương giữa hai huyệt ổ răng. Thường gặp trên phụ nữ có thai, thường sau khi đẻ u tự biến đi.

U lợi thể hạt: mềm, màu đỏ sẫm.

Chẩn đoán u lợi dễ, dựa vào hình thể và vị trí u.

Điều trị: bằng phẫu thuật cắt bỏ u và có khi phải nhổ răng và bấm bỏ phần xương mà u xâm lấn.

6. U liên bào men

Lâm sàng phát triển từ tế bào tạo men răng hình sao.

Về giải phẫu bệnh lý u có thể có sự kết hợp các tế bào khác làm thành năm thể bệnh.

U nguyên bào men thể nang

- Bệnh nhân ở tuổi thanh niên hay trung niên.
- Thường gặp ở ngành ngang xương hàm dưới.
- U phát triển dần ngày càng to làm biến dạng mặt.
- Sờ u có triệu chứng bóng nhựa (bóp u thấy như bóp quả bóng nhựa, bóng bàn - xẹp một vết lõm, nếu bóp nhẹ dưới tay thấy phồng trở lại).
- Răng trên u lung lay.
- Phim X quang: hình ảnh nhiều nang.
- Chọc hút ra dịch vàng: có hạt cholesterin.

U xơ nguyên bào men: có thêm tế bào xơ, u phát triển chậm

U men tuyến (adéno - améloblastome) hay gặp ở hàm dưới vùng răng nanh.

U răng xơ nguyên bào men (fibro - odonto - améloblastome).

U răng nguyên bào men (odonto - améloblastome) hay u men đặc.

Phim X quang là một khối cản quang có hình nhiều răng dính vào nhau. Chẩn đoán u nguyên bào men dựa vào triệu chứng lâm sàng nêu trên và phim X quang.

Điều trị: phẫu thuật nạo, hay cắt bỏ u cùng với một phần xương lành. U nguyên bào men dễ tái phát sau mổ.

Có một số ca rất nhỏ trở thành u ác tính.

7. U hỗn hợp tuyến nước bọt

Rất hay gặp, chiếm 50% trong số các u tuyến mang tai.

U do sự phát triển của liên bào túi tuyến và ống tiết với các tổ chức liên kết đệm, đôi khi có cả sụn.

Lâm sàng: u hỗn hợp tuyến mang tai phát triển kéo dài trải qua ba giai đoạn.

- Giai đoạn đầu: kéo dài vài năm.

Triệu chứng chủ quan: không

Triệu chứng thực thể:

- U tròn nhỏ khoảng 1 cm.
- Chắc đều, di động dễ, lỗ ống stenon bình thường.
- Không có hạch.

- Giai đoạn toàn phát: bệnh nhân trung niên (40 - 50 tuổi).

Triệu chứng chủ quan:

- U thấy rõ, mất cân đối mặt.
- Không đau, không ảnh hưởng tới sức khoẻ.

Triệu chứng thực thể:

- Nhìn: u to bằng nắm tay ở vùng mang tai (nếu là u tuyến dưới hàm thì nhỏ hơn) da căng, có chỗ gồ cao, màu sắc da bình thường.
- Sờ: u có chỗ rắn, chỗ mềm ranh giới rõ, u ở nông di động được.

- Giai đoạn thoái hoá ác tính:

Triệu chứng chủ quan: đau và liệt mặt.

Triệu chứng thực thể: u rất to, da loét, u dính với tổ chức xung quanh.

Với u này nếu chụp X quang sau khi bơm thuốc cản quang vào tuyến qua lỗ tiết, u tuyến mang tai có hình một bàn tay (là các ống tiết) ôm quả bóng (là u).

Điều trị: cần mổ sớm tránh tai biến liệt mặt. Nếu đã thoái hoá thì mổ cắt rộng, chịu liệt mặt và phải điều trị tia xạ hay hoá trị liệu sau mổ.

8. Chẩn đoán phân biệt u lành kể trên với ung thư phần mềm hay phần xương

Các u lành không đau (trừ khi có nhiễm trùng phụ) không có hạch, thời gian tiến triển kéo dài, không hoặc rất ít ảnh hưởng đến sức khoẻ và các bộ phận giải phẫu lân cận.

III. PHƯƠNG PHÁP GIẢNG VÀ HƯỚNG DẪN HỌC

1. Sử dụng ảnh minh hoạ.
2. Dùng Overhead.
3. Sinh viên có bài giảng này trước.

TEST ĐÁNH GIÁ

Đúng – Sai

1	U máu ít thấy ở vùng mặt – miệng.
2	Bớt đỏ trên da không phải là u máu.
3	U máu bóp xẹp và đổi màu.
4	Các hạt sỏi trắng thường thấy ở u máu thể gồ.
5	U bạch mạch hay gặp ở người lớn tuổi.
6	U lợi hay gặp ở nam giới
7	U răng nguyên bào men có triệu chứng bóng nhựa.
8	U hỗn hợp tuyến nước bọt sờ mềm, ấn đau.
9	U hỗn hợp tuyến nước bọt mang tai trải qua ba giai đoạn.
10	U lợi có loét và sùi, gây đau.
11	Phẫu thuật cắt bỏ các u lành sớm là hướng điều tri đúng.

UNG THƯ NIÊM MẠC MIỆNG

I. MỤC TIÊU

1. Nêu các tổn thương sớm của ung thư niêm mạc miệng.
2. Biết cách tiến hành xét nghiệm tổn thương nghi ngờ ác tính.
3. Chẩn đoán được ung thư niêm mạc miệng.
4. Nêu được phác đồ điều trị thích hợp.

II. NỘI DUNG

1. Đại cương

1.1. Ung thư vùng hàm mặt thuộc nhóm ung thư đầu và cổ theo phan loại ung thư trên cơ thể người của Hội chống ung thư thế giới năm 1970 ở Houston.

- Ung thư vùng hàm mặt bao gồm: Ung thư niêm mạc miệng, ung thư xương hàm, ung thư tuyến nước bọt, ung thư da, ung thư của tổ chức tạo máu. Trong đó ung thư niêm mạc má là hay gặp nhất.

1.2. Ung thư niêm mạc miệng là một tổn thương lộ ra ngoài nên dễ nhận thấy, dễ chẩn đoán và điều trị.

1.3. Ung thư niêm mạc miệng là một tổn thương nằm ở phần trên của cơ quan tiêu hoá. Vì vậy dễ sang chấn tạo thành vòng xoắn bệnh lý làm cho tổn thương phát triển nhanh: tổn thương loét + sang chấn → chảy máu → nhiễm trùng → loét. Có thể nói rằng ung thư niêm mạc miệng luôn gắn liền với chảy máu và nhiễm trùng.

1.4. Ung thư niêm mạc miệng liên quan mật thiết với các cơ quan lân cận, như xoang hàm, mũi, mắt, thần kinh.

1.5. Ung thư niêm mạc miệng thường là ung thư biểu mô hay gặp ở người trung tuổi, tiến triển tương đối chậm so với các thể ung thư khác như sarcom hoặc ung thư của tổ chức tạo máu.

1.6. Ung thư niêm mạc miệng giai đoạn đầu triệu chứng nghèo nàn, bệnh nhân thường đến muộn ở giai đoạn T3, T4 rất khó khăn cho điều trị và tiên lượng.

1.7. Ung thư niêm mạc miệng thường chẩn đoán dễ dựa vào lâm sàng và tế bào học... kết quả điều trị tuỳ thuộc từng bệnh nhân, tuỳ giai đoạn, và loại tế bào ung thư.

1.8. Giải phẫu bệnh lý

Cách xếp loại TNM theo "Tổ chức Quốc tế Chống Ung thư" UICC.

Ung thư niêm mạc miệng: 90% là ung thư biểu mô tế bào gai.

Hệ thống xếp loại ung thư - TNM gồm:

T: (Tumor - khối u)

T_0: không có triệu chứng lâm sàng và X quang phát hiện ung thư.

T_1: u khu trú ở nông, kích thước dưới 2 cm^2.

T_2: kích thước u trên 2cm^2 và không có thâm nhiễm xung quanh.

T_3: kích thước u trên 3 - 4cm^2 có thâm nhiễm da và ít ở vùng lân cận.

T_4: u lớn, đã xâm phạm các bộ phận lân cận.

N: (Node - hạch vùng)

N_0: không phát hiện được hạch

N_1: hạch nhỏ di động cùng bên

N_2: hạch nhỏ di động hai bên.

N_3: hạch dính

M: (Metastasis - di căn xa)

M_0: không phát hiện được di căn

M_1: có di căn xa

Nếu làm giải phẫu bệnh lý hạch thấy tế bào ung thư ghi thêm N+

2. Dịch tễ học

- Ở Việt Nam - ung thư niêm mạc miệng chiếm khoảng 1,7% tổng số các loại ung thư, nếu tính cả ung thư lưỡi và môi tỷ lệ là 3,7% (theo số liệu của Viện Ung thư Hà Nội, từ năm 1967 - 1971) theo số liệu của Nguyễn Văn Thụ từ 1957 - 1975, ung thư niêm mạc miệng chiếm 18%.
- Ở nước ngoài: Mỹ 1968 ung thư phần miệng chiếm 2,5%. Ở Pháp Viện Roussy 1957: ung thư miệng chiếm 10%.
- Về giải phẫu bệnh lý: ở Việt Nam ung thư biểu mô chiếm 78,4% và ở Pháp: ung thư biểu mô chiếm 95% (Frank).

3. Nguyên nhân gây ung thư

3.1. Nguyên nhân hoá chất

Như sản phẩm carbua, nấm mốc, thuốc lá, thuốc trừ sâu.

3.2. Nguyên nhân vật lý: tia X, phóng xạ, tia cực tím.

3.3. Yếu tố di truyền

3.4. Yếu tố virus

Ngày nay người ta nói nhiều đến yếu tố virus Epstein barr (EBV 1964) gây u lympho Burkitt và u vòm.

3.5. Yếu tố địa lý, tập quán, sức đề kháng của cơ thể

4. Triệu chứng

4.1. Cơ năng

- Đau vùng tổn thương, đau ngày càng tăng.
- Ăn, nói khó khăn.
- Chảy máu tự nhiên hoặc sau sang chấn.
- Răng lung lay ngày càng tăng.
- Hội chứng tai mũi họng:

    Ngạt tắc mũi, chảy máu mũi

    To, dày môi trên

    Đau nhức vùng xoang

  Triệu chứng này thường xảy ra một bên.

- Hội chứng ở mắt:

    Đau nhức mắt

    Lồi mắt

    Tắc lệ đạo

    Liệt nhãn cầu, lác.

4.2. Thực thể

Giai đoạn sớm:

- Thể loét: vết loét nông, mềm ở niêm mạc, hoặc ở lợi quanh mặt răng, vết loét phát triển rộng và sâu xuống xương hàm, vết loét có đáy được phủ một lớp giả mạc hoặc tổ chức hoại tử, bờ nham nhở, chạm vào dễ chảy máu.
- Thể sùi: tổ chức sùi như hoa súp lơ, dính chặt đáy, kèm theo loét hoại tử, chạm vào dễ chảy máu.
- Thể loét sùi thường gặp ở các vị trí sau:
  - Ở môi: đường viền da và niêm mạc
  - Ở niêm mạc má: ở giữa tương ứng cung răng, sau răng số 8.
  - Ở sàn miệng - hai bên rãnh lưỡi.
  - Lưỡi: bờ bên 2/3 trước và 1/3 sau.
  - Vòm miệng: bờ bên, buồng hàm 3.

Giai đoạn muộn:

Tổn thương ở niêm mạc lan ra tổ chức lân cận như xương hàm, xoang hàm, hố chân bướm hàm.

Tổn thương ở xương hàm, u lan ra phá huỷ xương tạo u xương hàm, ranh giới không rõ, thâm nhiễm da, hạn chế há miệng, ngách lợi phồng, sùi, loét, răng lung lay, miệng hôi thối, tổ chức sùi loét dễ chảy máu.

Tổn thương ở xoang hàm, ngạt tắc mũi, chảy máu mũi, đau nhức vùng xoang một bên, sập hàm ếch, mặt trước xương hàm trên phồng có thể thâm nhiễm da. Khám thành bên mũi bị đẩy vào trong, có thể có tổ chức sùi qua lỗ thông ngách mũi giữa. Tổn thương ở xoang hàm có thể lan lên mắt gây các triệu chứng ở mắt, răng lung lay.

Di căn hạch:

- Hạch dưới hàm, di động hoặc dính là nơi hay di căn nhất.
- Hạch cạnh cổ dọc theo bờ trước cơ ức đòn chũm.
- Hạch thượng đòn.

4.3. Triệu chứng cận lâm sàng

Nghiệm pháp xanh toluidin

- Áp dụng cho những tổn thương nghi ngờ ác tính.
- Tiến hành: bôi acid acetic 1%, sau đó bôi xanh toluidin 1% chờ 10 giây đến 1 phút rửa lại bằng acid acetic 1%, kết quả mô có tổn thương bắt màu xanh.
- Ưu điểm: xét nghiệm đơn giản, dùng để phát hiện sớm ung thư niêm mạc miệng.
- Nhược điểm: một số tổn thương viêm cũng bắt màu xanh.

Xét nghiệm tế bào bề mặt

- Xét nghiệm này rất quan trọng đối với việc chẩn đoán sớm ung thư niêm mạc miệng. Cơ sở của phương pháp này là những tế bào tróc ra từ khối u có cùng tính chất với tế bào u lấy bằng phương pháp sinh thiết.
- Ưu điểm: đơn giản, kết quả sớm, làm ở nhiều vị trí một lúc, hướng cho sinh thiết đúng vị trí, tỷ lệ đúng cao 90%.
- Nhược điểm: không xét nghiệm được tổn thương ở sâu hoặc lấy phải tế bào viêm bề mặt, muốn có kết quả xác định phải làm sinh thiết.
- Tiến hành: gạt bề mặt tổn thương bằng cây đè lưỡi nạo lấy tế bào lớp dưới, quệt tế bào nạo được lên phiến kính - cố định bằng cồn 90°, gửi giải phẫu bệnh.

Phẫu thuật sinh thiết:

- Phẫu thuật sinh thiết nhằm chẩn đoán xác định ung thư, trước hoặc sau khi điều trị, tuỳ theo tổn thương ở nông hoặc sâu có thể làm ngay trên ghế

khám hoặc ở trong phòng mổ. Bệnh phẩm sinh thiết yêu cầu đủ rộng 1cm x 0,5 cm, tốt nhất là lấy giữa ranh giới tổ chức lành và tổ chức ung thư.

- Bệnh phẩm được ngâm vào cồn 90° để cố định và gửi chuyên khoa giải phẫu bệnh.

X quang

- Tuỳ từng bệnh nhân chọn các tư thế chụp phim
- Chụp phim răng.
- Tư thế mặt thẳng.
- Tư thế hàm dưới chếch.
- Blondcan, Blondieau, Hirtz
- Chụp Scaner (cắt lớp).

Các xét nghiệm cần thiết cho cơ quan nghi ngờ có di căn.

Các xét nghiệm thông thường: về máu, nước tiểu, X quang tim phổi v.v... để đánh giá toàn trạng của bệnh nhân.

5. Chẩn đoán

Dựa vào kết quả lâm sàng, X quang, tế bào học cần phải xác định:

- Vị trí, kích thước u.
- Tổ chức bị xâm lấn.
- Tế bào ung thư loại nào.
- Xếp loại theo TNM.
- Xếp theo giai đoạn.

6. Điều trị

Tuỳ theo từng bệnh nhân, ở giai đoạn nào, ung thư loại tế bào gì mà lựa chọn các phương pháp thích hợp.

6.1. Phương pháp phẫu thuật:

Là phương pháp điều trị tốt nhất, với nguyên tắc là:

- Phẫu thuật rộng, cắt toàn bộ u và tổ chức lân cận bị xâm lấn.
- Phẫu thuật nạo vét hạch, cắt bỏ hết hạch dưới hàm, hạch dọc cơ ức đòn chũm.
- Phẫu thuật sớm kết quả sống trên 5 năm trên 50%.

6.2. Phương pháp tia xạ

Tia xạ có tác dụng tốt với ung thư tổ chức liên kết và ung thư biểu mô ít biệt hoá, hay tái phát, đối với ung thư biểu mô tia ít tác dụng, thường chỉ áp dụng cho

những bệnh nhân không phẫu thuật được hoặc phẫu thuật không triệt để, có 3 loại tia sau:

- Tia X
- Tia điện từ
- Tia radium

Tia điều trị có thể gây loét da, hoặc tiêu xương, bạch cầu giảm, hồng cầu giảm. Vì vậy điều trị tia phải theo dõi sát và chọn phương pháp điều trị thích hợp.

6.3. Phương pháp hoá trị liệu

- Hoá trị liệu có nhược điểm là gây tổn thương cả tế bào lành. Gây giảm bạch cầu, viêm túi mật, rụng tóc v.v...
- Hoá trị liệu được dùng trong những trường hợp: trước mổ để thu nhỏ u, không phẫu thuật được, phẫu thuật không triệt để, dùng hoá trị liệu có ba đường: uống, động mạch, tĩnh mạch.
- Thuốc thường dùng là:
  + Cyclophosphamid (Endoxan)
  + Triethyleamino - benzochinon (Trenion)

6.4. Điều trị miễn dịch

- Nguyên tắc: làm tăng sinh sản tế bào lympho T, tăng khả năng miễn dịch của cơ thể.
- Hoá chất LH_1, Eshlem, vỏ BCG.

6.5. Phẫu thuật lạnh

- Nguyên tắc dùng nhiệt độ thấp để diệt tế bào ung thư.
- Dùng nitơ lỏng - 196°C.
- Kết quả tốt đối với ung thư da, hoặc ung thư không còn khả năng phẫu thuật.

7. Tiên lượng

Phụ thuộc vào:

- Giai đoạn sớm hay muộn.
- Loại tế bào ung thư.
- Phương pháp điều trị.
- Sức đề kháng của cơ thể.

Để phát hiện sớm: trước một tổn thương nghi ngờ ác tính cần phải làm ngay các xét nghiệm cần thiết để chẩn đoán.

Trên thế giới ung thư vùng miệng hàm mặt điều trị sống trên 5 năm là 35%.

TEST ĐÁNH GIÁ

Đúng – Sai

1 Loại tế bào ung thư nào hay gặp trong ung thư niêm mạc miệng.

A. Ung thư tổ chức liên kết

B. Ung thư tổ chức biểu mô

C. Ung thư tổ chức tạo máu

D. Ung thư tế bào gai có hoặc không có cầu sừng.

2 Đặc điểm lâm sàng nào điển hình nhất ở ung thư niêm mạc miệng

A. Sùi, loét niêm mạc

B. Chảy máu + biến dạng xương hàm

C. Răng lung lay + chảy máu + nhiễm trùng

3 Những dấu hiệu nào xuất hiện sớm trong ung thư niêm mạc

A. Vết loét, sùi

B. Răng lung lay

C. Biến dạng xương hàm

D. Hạch dưới hàm

4 Vết loét nào khả năng là tổn thương ung thư niêm mạc

A. Vết loét trợt

B. Vết loét, đáy mềm

C. Vết loét + răng lung lay

D. Vết loét, đáy cứng, bờ nham nhở

5 Thái độ nào đúng, trước một vết loét nghi ngờ ác tính

A. Chấm thuốc

B. Kháng sinh

C. Chấm thuốc + kháng sinh

D. Xét nghiệm tế bào bề mặt

6 Những dấu hiệu nào hay gặp trong ung thư niêm mạc miệng

A. Răng lung lay

B. Biến dạng mặt

C. Ngạt tắc mũi

D. Loét lợi + răng lung lay

7 Dấu hiệu điển hình của ung thư niêm mạc lan ra xoang hàm

A. Chảy máu mũi

B. Ngạt tắc mũi hai bên

C. Đau nhức vùng xoang

D. Chảy máu mũi + ngạt tắc mũi một bên

8 Phương pháp chẩn đoán nào để phát hiện ung thư niêm mạc miệng

A. Lâm sàng

B. Lâm sàng + X quang

C. Sinh thiết

D. Lâm sàng + sinh thiết + X quang

9 Nhóm hạch nào ung thư niêm mạc miệng hay di căn nhất

A. Hạch sau tai

B. Hạch mang tai

C. Hạch dưới hàm

D. Hạch bờ trước cơ ức đòn chũm

10 Cách điều trị đúng nhất với ung thư niêm mạc miệng.

A. Phẫu thuật

B. Tia xạ

C. Hoá chất

D. Phẫu thuật + nạo vét hạch

CHẤN THƯƠNG VÙNG HÀM MẶT

I. MỤC TIÊU

1. Chẩn đoán sơ bộ chấn thương phần mềm và phần xương vùng hàm mặt.
2. Xử trí sơ và cấp cứu chấn thương vùng hàm mặt.

II. NỘI DUNG GIẢNG DẠY

1. Đặc điểm vùng hàm mặt

- Vùng hàm mặt liên quan rất gần với sọ não, mắt, họng nên chấn thương vùng hàm mặt thường kèm theo tổn thương với các chuyên khoa trên.
- Cơ bám da mặt một đầu bám vào xương, một đầu bám vào da nên vết thương có xu hướng bị toác rộng và mép vết thương bị quắp lại, co kéo làm thay đổi các mốc giải phẫu.
- Mạch máu nuôi dưỡng phong phú, có hốc miệng, mũi, mắt và tai, do đó ít có biến chứng hoại thư sinh hơi và vì thế vết thương vùng hàm mặt có thể khâu đóng kín thì đầu (trước 6 giờ) ngay cả vết thương đến muộn (sau 6 giờ) nếu làm sạch vết thương thật tốt.
- Tuyến nước bọt và ống dẫn nếu bị đứt dễ gây rò nước bọt kéo dài và gây khó chịu cho bệnh nhân.
- Sẹo sau mổ ở mặt dễ bị co kéo làm thay đổi các mốc giải phẫu, ảnh hưởng thẩm mỹ.
- Xương hàm trên là xương cố định liền với khối xương sọ bởi các khớp bất động, là xương xốp, liên quan rất gần với xoang hàm, hốc mũi, hố mắt và nền sọ, ít có cơ đối kháng bám. Khi bị gãy xương này thường gây chảy máu nhiều và di lệch của các đoạn gãy là do trọng lực và lực sang chấn.
- Xương hàm dưới là xương di động nhờ có khớp thái dương hàm và nhiều cơ đối kháng bám (nhóm cơ nâng hàm và nhóm cơ hạ hàm) nên khi bị gãy thường di lệch nhiều.

2. Nguyên tắc chung khi khám và xử trí chấn thương vùng hàm mặt

2.1. Khám xét toàn thân để tránh bỏ sót tổn thương

2.2. Khám tổn thương vùng hàm mặt bằng nhìn, sờ nắn, đối chiếu so sánh để đánh giá thương tổn phần mềm, môi miệng, mũi, mắt và xương hàm.

2.3. Chụp X quang vùng mặt bằng các phim Blondeau, Hirtz, hàm chếch

(Schuller), hàm thẳng (panorama) để phát hiện dị vật, tổn thương xương, khớp thái dương hàm, ngày nay còn chụp CT scan.

2.4. Xử trí cấp cứu các tình trạng đe doạ tính mạng bệnh nhân

2.4.1. Ngạt thở: thường do các nguyên nhân như:

- Dị vật (răng gãy, hàm giả, cục máu đông, dị vật từ bên ngoài...).
- Lưỡi tụt ra sau.
- Phù nề vùng sàn miệng, lưỡi do máu tụ.
- Mất phức hợp móng - lưỡi (trong trường hợp vết thương hoả khí).
- Cần xử trí làm thông đường thở ngay bằng cách hút sạch đường mũi, miệng, lấy bỏ dị vật, khâu kéo lưỡi ra ngoài. Trong trường hợp khó thở do phù nề vùng hạ họng, thanh quản thì phải đặt nội khí quản hoặc mở khí quản.

2.4.2. Chảy máu: chảy máu nhiều có thể từ vết thương, đứt động mạch lớn hoặc vỡ xương nhiều mảnh.

Cầm máu:

- Khâu cầm máu tại chỗ
- Đặt bấc mũi trước và bấc mũi sau.
- Thắt động mạch cảnh ngoài nếu cầm máu tại chỗ không kết quả.

2.4.3. Choáng: hay gặp là choáng mất máu, choáng chấn thương và choáng nặng trong trường hợp chấn thương vùng hàm mặt kèm chấn thương sọ não hoặc đa chấn thương.

Điều trị chống choáng theo nguyên nhân.

2.4.4. Chống nhiễm trùng: cần dùng huyết thanh phòng uốn ván hoặc giải mẫn cảm, kháng sinh phòng và điều trị nhiễm trùng.

2.5. Chuyển bệnh nhân lên tuyến trên để điều trị tiếp, nếu bệnh nhân đang ở tình trạng mất tri giác hoặc đang ở trong tình trạng đe doạ tính mạng thì phải để bệnh nhân trong tư thế sấp mặt hoặc nghiêng đầu trong quá trình vận chuyển. Hút đờm dãi làm thông thoáng đường thở.

2.6. Xử trí tại chỗ: xử trí vết thương vùng hàm mặt nhằm phục hồi chức năng và thẩm mỹ. Do vậy cần cắt lọc tiết kiệm, lấy sạch dị vật, phục hồi đúng các mốc giải phẫu. Nguyên tắc khi đóng vết thương là phải khâu kín từ sâu ra nông, từ niêm mạc ra ngoài da và xử trí phần xương trước khi khâu đóng phần mềm.

3. Chấn thương phần mềm

3.1. Đụng giập

Do các vật đầu tù va chạm, không rách da, gây tụ máu bầm tím dưới da. Loại tổn thương thường là tự khỏi, tuy nhiên để làm nhanh quá trình tan máu và phù nề ta có thể dùng các thuốc phụ như:

- α chymotrypsin, Maxilase và các chế phẩm có steroid và không steroid. Trong trường hợp tụ máu do vỡ các mạch máu nếu khối máu tụ do dần hoặc không tự tiêu được thì phải mổ ổ máu tụ để lấy đi cục máu đông và cầm máu.

3.2. Xây xát

Thường là trợt da, da rớm máu. Nếu vết thương sạch thì rửa bằng nước oxy già, thuốc tím và bôi mỡ kháng sinh. Nếu vết thương xây xát có nhiều dị vật bám đặc biệt là dị vật có chất màu như than đá thì phải tẩy sạch và lấy bỏ dị vật dưới gây tê hoặc gây mê. Chải sạch vết thương bằng bàn chải với xà phòng trung tính, dùng thìa nạo lấy bỏ dị vật, dùng bơm tiêm to xối sạch vào vết thương nhằm loại bỏ các dị vật nằm ở sâu. Vì nếu không lấy bỏ hết dị vật, khi vết thương lành, sẽ để lại các mảng và chấm sắc tố lan vào toàn bộ chiều dày của da, ảnh hưởng rất lớn về thẩm mỹ.

3.3. Vết thương rách

- *Vết thương nông:* rửa sạch bằng oxy già 5 thể tích hoặc thuốc tím 1/5000, lấy bỏ dị vật, dùng dao tách hai mép vết thương và khâu kín.
- *Vết thương thấu miệng:*
  + Tẩy rửa hốc miệng, lấy dị vật.
  + Khâu đóng kín niêm mạc trước, rửa sạch vết thương bằng oxy già, khâu đóng cơ rồi khâu đóng da.

3.4. Vết thương thiếu rỗng tổ chức

- Mất rộng tổ chức má - môi thì thực hiện khâu viền mép vết thương bằng cách khâu cập niêm mạc với da.
- Khuyết da rộng không kéo mép vết thương để khâu được, co kéo ảnh hưởng đến thẩm mỹ thì phải sử dụng các vạt da quay tại chỗ có chân nuôi tạo hình chữ Z hoặc ghép da tự do.

4. Gãy xương hàm trên

4.1. Phân loại

Gãy một phần:

- Gãy xương ổ răng
- Gãy ngành lên xương hàm trên.
- Gãy bờ dưới ổ mắt.

Gãy toàn bộ:

Gãy dọc: gãy tách rời hai xương hàm trên.

Gãy ngang: phân loại theo Lefort.

- *Leford I:* đường gãy dưới hốc mũi đi qua hai bên, ngang mức cuống các răng hàm trên qua lồi củ xương hàm trên và 1/3 dưới chân bướm.
- *Leford II:* đường gãy qua giữa xương chính mũi, qua thành trước xương hàm trên (dưới lỗ dưới ổ mắt) dưới xương gò má qua lồi củ xương hàm trên và 1/3 giữa chân bướm.
- *Leford III:* gãy tách rời sọ mặt, gồm các đường gãy sau:
  - Gãy qua chỗ nối xương chính mũi và xương trán.
  - Gãy qua thành trong ổ mắt, xương lệ, xương giấy tới khe bướm và 1/3 trên chân bướm.
  - Gãy qua vách ngoài ổ mắt (chỗ nối xương trán và xương gò má) cung tiếp gò má.
  - Gãy 1/3 trên xương lá mía.

4.2. Lâm sàng

Triệu chứng toàn thân: bệnh nhân có thể bị choáng nhẹ hoặc nặng tuỳ thuộc vào tổn thương sọ não kèm theo.

Triệu chứng tại chỗ:

- *Gãy Leford I:* Bầm tím môi trên và ngách lợi, khớp cắn sai, há miệng hạn chế. Đau khi ấn dọc từ gai mũi trước đến lồi củ xương hàm trên. Dùng ngón tay trỏ và ngón cái cầm phía trong và ngoài các răng cửa hàm trên hoặc đẩy nhẹ thấy khối xương di động rõ ràng.
- *Gãy Leford II:*
  - Mặt sưng nề, tụ máu màng tiếp hợp, tụ máu ổ mắt hai bên, chảy máu tươi qua mũi (do máu từ trong xoang hàm chảy ra).
  - Khớp cắn sai.
  - Có dấu hiệu di động bất thường của hàm trên qua tầng giữa xương hàm trên.
- *Gãy Leford III:* thường có choáng nặng.
  - Mặt phù nề to, bầm tím ổ mắt hai bên (dấu hiệu đeo kính dâm), tụ máu màng tiếp hợp, song thị.
  - Có thể sờ thấy các đầu xương di lệch.
  - Khớp cắn sai, tầng giữa mặt bị đẩy tụt ra sau và xuống dưới.

4.3. Xquang

Chụp các phim Blondeau, mặt nghiêng, Hirtz, Waters để phát hiện các đường gãy và mức độ di lệch.

4.4. Điều trị

- *Cấp cứu:* như nguyên tắc chung đã nói trên.
- *Điều trị thực thụ:*

– Nếu gãy xương hàm trên có tổn thương sọ não kèm theo thì xử trí gãy xương hàm trên khi tổn thương sọ não đã ổn định.

– *Nếu gãy xương ổ răng:* buộc cố định bằng chỉ thép, máng nhựa...

– Nếu gãy toàn bộ: nắn, cố định xương hàm trên đúng khớp cắn bằng cách treo xương hàm trên với cung tiếp hoặc mấu ngoài xương trán và cố định hai hàm bằng cung Tiguerstedt có móc kéo bằng các vòng cao su. Không được cố định hai hàm khi bệnh nhân đang hôn mê, chảy máu trong miệng, lúc vận chuyển bệnh nhân theo đường máy bay hoặc đường biển.

TEST ĐÁNH GIÁ

Đúng – Sai

1	Vết thương phần mềm vùng hàm mặt có thể đóng kín được
2	Khó thở do phù nề vùng hạ họng thanh quản giải quyết bằng cách lấy bỏ dị vật, khâu kéo lưỡi da ngoài mà không cần đặt nội khí quản hoặc mở khí quản.
3	Cần phải cầm máu tại chỗ trước khi thắt động mạch cảnh ngoài.
4	Không cần xử trí gì vết thương ở mặt chỉ là xây xát.
5	Khâu vết thương ở mặt theo nguyên tắc là khâu từ sâu ra nông, từ niêm mạc ra ngoài da.
6	Gãy Lefort I hay còn gọi là gãy tách rời sọ mặt.
7	Cần cố định hai hàm trước khi chuyển bệnh nhân lên tuyến trên đặc biệt là bệnh nhân đang bị hôn mê.
8	Cần chụp phim Blondeau, Hirtz để chẩn đoán gãy xương hàm dưới.
9	Bầm tím ổ mắt và song thị là triệu chứng của gãy Lefort I.
10	Nắn xương gãy đúng khớp cắn và cố định bằng cách treo lên xương sọ trong gãy xương hàm trên.

VIÊM NHIỄM THÔNG THƯỜNG VÙNG HÀM MẶT

I. MỤC TIÊU

1. Biết nguyên nhân gây viêm nhiễm vùng hàm mặt.
2. Chẩn đoán và xử trí áp xe vùng má và vùng cơ cắn.
3. Chẩn đoán sớm và hướng điều trị một bệnh nhân bị viêm tấy toả lan vùng sàn miệng.

II. NỘI DUNG

1. Nguyên nhân gây viêm nhiễm vùng hàm mặt

1.1. Viêm nhiễm vùng hàm mặt nguyên nhân do răng

Biến chứng của sâu răng: sâu răng không được điều trị sẽ dẫn đến viêm tuỷ răng và gây hoại tử. Môi trường tuỷ hoại tử là điều kiện thuận lợi để vi khuẩn kỵ khí và ưa khí phát triển. Nguồn nhiễm trùng này sẽ lan qua lỗ cuống răng để gây viêm xương hàm và viêm nhiễm phần mềm.

Viêm quanh răng: vi khuẩn từ mủ túi lợi quanh răng sẽ lan qua xương ổ răng để gây viêm nhiễm phần mềm.

Biến chứng mọc răng: trong thời kỳ mọc răng có sự xáo trộn của xương hàm, và tiêu chân răng sữa, chuẩn bị mọc răng vĩnh viễn do đó có nhiều khe kẽ để vi khuẩn xâm nhập vào xương gây viêm xương. Đặc biệt khi mọc răng khôn nhất là răng khôn hàm dưới, do đặc điểm là răng mọc phía sau cùng của xương hàm và là răng mọc chậm nhất (lúc 18 - 20 tuổi) do đó răng này dễ bị mọc lệch, lợi trùm hoặc ngầm trong xương hàm nên dễ gây nhiễm trùng.

1.2. Viêm nhiễm vùng hàm mặt nguyên nhân không do răng

- *Nhiễm khuẩn máu:* nhiễm khuẩn qua đường máu và khu trú ở xương hàm đặc biệt là xương hàm trên và gây cốt tuỷ viêm.
- Nhiễm khuẩn từ các khối u lành và ác tính trong xương hàm.
- *Gãy xương hàm hở.*
- Chấn thương phần mềm và xương vùng hàm, mặt.
- *Tai biến do nhổ răng:* nhổ sót chân răng, giập nát tổ chức nhiều, thủ thuật không được vô trùng.

2. Áp xe vùng má

Vùng má được giới hạn bởi: phía trước là rãnh mũi - má và môi má, phía sau là bờ dưới ổ mắt và phía dưới là bờ dưới xương hàm dưới.

2.1. Nguyên nhân

Hay gặp là nhiễm trùng từ các răng hàm nhỏ của hàm trên và hàm dưới, ngoài ra cũng có thể gặp áp xe di cư mà nguyên nhân từ răng khôn hàm dưới (mủ từ túi viêm quanh thân răng khôn đi dọc gờ chéo ngoài của xương hàm dưới và tụ lại ở cơ mút gây áp xe vùng má).

2.2. Lâm sàng

Triệu chứng: toàn thân bệnh nhân mệt mỏi, sốt cao 38 - 39°C, có phản ứng viêm hạch dưới hàm. Tại chỗ: những ngày đầu thấy sưng nóng, đỏ, đau vùng má, rãnh tự nhiên bị xoá. Khi viêm đã tụ mủ thì bệnh nhân đỡ đau.

Khám trong miệng thấy: niêm mạc má phồng đỏ. Có thể thấy rằng nguyên nhân là một răng hàm nhỏ bị viêm quanh cuống hoặc răng khôn đang mọc có viêm quanh thân răng. Khi mủ đã tụ, sờ thấy có dấu hiệu chuyển sóng bằng cách dùng ngón tay trỏ và ngón cái để phía trong miệng và ngoài da bóp để tìm dấu hiệu này.

2.3. Điều trị

Những ngày đầu cho kháng sinh toàn thân, giảm đau, chống viêm. Nếu có điều kiện thì mở tháo trống tuỷ răng nguyên nhân.

Khi chọc dò có mủ thì chích dẫn lưu áp xe. Tốt hơn hết là dẫn lưu áp xe qua đường trong miệng: rạch niêm mạc má trên chỗ phồng nhất song song với cung răng. Sau đó dùng kẹp Kochèr chọc vào ổ mủ banh rộng để tháo mủ. Tuỳ thuộc răng nguyên nhân có thể bảo tồn được hay không mà quyết định nhổ bỏ hoặc để lại. Nếu để lại răng nguyên nhân thì phải giữ điều trị răng như một răng bị viêm quanh cuống.

3. Áp xe vùng cơ cắn

Vùng cơ cắn được giới hạn bởi: phía trước là vùng má, phía sau là vùng mang tai, phía trên là bờ dưới cung tiếp - gò má, phía dưới là góc hàm và bờ dưới xương hàm dưới.

3.1. Nguyên nhân

Hầu hết do biến chứng từ răng khôn, đặc biệt là biến chứng do mọc răng khôn.

3.2. Lâm sàng

- *Triệu chứng:* toàn thân: bệnh nhân sốt cao, ăn uống khó, mệt mỏi, đau nhức, mất ngủ. Tại chỗ: sưng, nóng, đỏ, đau vùng cơ cắn. Sưng có thể lan ra vùng mang tai, má, dưới hàm.

– *Khám trong miệng:* thấy há miệng hạn chế hoặc khít hàm hoàn toàn. Niêm mạc bờ trước cành cao xương hàm dưới phồng, sờ đau. Có thể thấy răng nguyên nhân là răng hàm lớn hàm dưới bị viêm quanh cuống hoặc răng khôn hàm dưới đang mọc bị viêm quanh thân răng, mọc lệch hoặc ngầm.

– Cần chụp phim hàm thẳng hoặc hàm chếch để tìm răng nguyên nhân.

– Khi viêm đã tụ mủ, thường là ngày thứ 7 - 10 các triệu chứng toàn thân và tại chỗ dịu đi, lúc này sờ có thể thấy dấu hiệu chuyển sóng và chọc dò có mủ.

3.3. Điều trị

– Chống nhiễm trùng: cho kháng sinh liều cao, chống viêm.

– Chích rạch dẫn lưu áp xe: có thể đi vào ổ áp xe theo 2 đường.

  + Đường trong miệng: (khi áp xe nằm ở bó sâu cơ cắn) rạch niêm mạc dọc bờ trước cành cao xương hàm dưới, dùng kẹp Kochèr luồn mặt ngoài cành cao và mặt trong cơ cắn để vào ổ áp xe.

  + Đường ngoài miệng: rạch da song song và cách bờ dưới xương hàm dưới 2cm. Dùng kẹp Kochèr luồn mặt ngoài cành cao xương hàm dưới để vào ổ mủ, tháo rộng.

– Nhổ bỏ răng nguyên nhân.

4. Viêm tấy toả lan vùng sàn miệng (angine de ludwig)

Đây là viêm hoại tử lan rộng, không có giới hạn ở vùng sàn miệng. Nhiễm khuẩn gồm hai loại ưa khí và kỵ khí phối hợp do đó tình trạng toàn thân rất nặng và tiên lượng xấu. Hầu hết các nhiễm khuẩn từ các chân răng hàm lớn hàm dưới lan qua xương hàm vào vùng sàn miệng.

4.1. Lâm sàng

Triệu chứng toàn thân:

– Bệnh nhân trong những ngày đầu sốt rất cao 39 - 40°C sau đó xuất hiện tình trạng nhiễm trùng nhiễm độc nặng. Mạch nhiệt độ có thể phân ly; bệnh nhân thao cuồng, vật vã khó thở, khó nuốt.

– Các xét nghiệm cho thấy bạch cầu tăng cao đặc biệt là đa nhân trung tính, urê máu tăng, đường máu tăng, tốc độ máu lắng tăng cao, có thể có albumin niệu và đường niệu. Cấy máu có thể dương tính.

Triệu chứng tại chỗ:

– Sưng to vùng dưới hàm sàn miệng một bên sau đó lan nhanh sang bên đối diện. Mặt hình quả lê, da đỏ, căng, chắc. Sờ có thể thấy dấu hiệu lạo xạo hơi dưới da (do hoại thư sinh hơi).

– Trong miệng: miệng ở tư thế nửa há (há không được to, ngậm không được kín), lưỡi bị đẩy gồ lên cao và tụt ra sau gây khó thở, khó nuốt và khó nói. Nước bọt chảy nhiều, mùi hôi thối. Trong miệng có thể thấy răng

nguyên nhân hay gặp là răng hàm lớn hàm dưới bị chết tuỷ, viêm quanh cuống. Vùng sưng có thể lan rộng xuống cổ, ngực, lên vùng cơ cắn, mang tai, thái dương.

4.2. Tiên lượng

Rất nặng, bệnh nhân có thể tử vong do khó thở cấp, nhiễm trùng máu, áp xe não, viêm tắc tĩnh mạch xoang hang hoặc viêm trung thất.

4.3. Điều trị

Toàn thân:

- Chống nhiễm trùng: dùng kháng sinh liều cao, phối hợp giữa nhóm ,, - lactamin và nhóm aminosid có thể cho thêm metronidazol (Flagyl, Klion).
- Chống viêm: nhóm steriod hoặc các men như Maxilase.
- Chống truy mạch: dịch truyền.
- Chống ngạt thở bằng đặt nội khí quản hoặc mở khí quản.

Tại chỗ:

- Rạch dẫn lưu rộng, càng sớm càng tốt, rạch da từ góc hàm bên này sang bên kia kiểu móng ngựa. Làm thông thương giữa các vùng với nhau. Bơm rửa sạch bằng oxy già 5 - 10 thể tích.
- Đặt dẫn lưu to qua đường rạch và bơm rửa nhiều lần trong ngày bằng huyết thanh mặn đẳng trương, oxy già hoặc dung dịch Dakin.
- Nhổ răng nguyên nhân.

Phát hiện và điều trị sớm các biến chứng như: viêm trung thất, viêm tắc tĩnh mạch xoang hang...

III. PHƯƠNG PHÁP GIẢNG DẠY

1. Ảnh minh hoạ
2. Overhead
3. Sinh viên có bài trước.

TEST ĐÁNH GIÁ

Đúng – Sai

1		Viêm quanh cuống răng là nguyên nhân gây viêm nhiễm vùng hàm mặt.
2		Thời kỳ khớp răng hỗn hợp dễ gây viêm nhiễm vùng hàm mặt nhất.
3		Răng khôn hàm dưới ít gây biến chứng viêm nhiễm vùng hàm mặt.
4		Áp xe vùng má chỉ cần điều trị kháng sinh là đủ.
5		Áp xe vùng má trên rạch dẫn lưu đường ngoài miệng.
6		Khi áp xe vùng cơ cắn không thấy dấu hiệu há miệng hạn chế.
7		Dẫn lưu áp xe vùng cơ cắn cần rạch ngay trên vùng cơ cắn.
8		Không thấy dấu hiệu nhiễm trùng, nhiễm độc trong viêm tấy toả lan vùng sàn miệng.
9		Tắc thở là nguyên nhân gây tử vong của viêm tấy toả lan vùng sàn miệng.
10		Dẫn lưu viêm tấy toả lan vùng sàn miệng chờ đến khi viêm tụ mủ.

CHĂM SÓC RĂNG MIỆNG BAN ĐẦU

I. MỤC TIÊU

1. Hướng dẫn được các biện pháp phòng bệnh răng miệng.
2. Chẩn đoán được các bệnh răng miệng thông thường.
3. Phát hiện sớm các trường hợp ung thư vùng miệng để gửi chuyển khoa.
4. Xử trí được kỳ đầu các trường hợp cấp cứu.
5. Biết thực hiện công tác chăm sóc răng miệng ban đầu ở tuyến mình.
6. Phối hợp tổ chức được các công tác chăm sóc răng miệng ban đầu ở địa phương.

II. NỘI DUNG

1. Những vấn đề cơ bản

1.1. Định nghĩa

Chăm sóc răng miệng là những hoạt động để giúp đỡ, giữ gìn, tái lập sức khỏe răng miệng cho một cộng đồng.

1.2. Nội dung

Bao gồm 3 hoạt động

Giáo dục nha khoa: là những thông tin cho cá nhân, tập thể biết vai trò của sức khoẻ toàn thân, những biện pháp giữ gìn vệ sinh răng miệng, các cách đề phòng các bệnh răng miệng, nhằm động viên các cá thể và tập thể thực hiện và biến nó thành thói quen.

Hoạt động phòng bệnh: nhằm hướng dẫn các biện pháp để ngăn chặn sự xuất hiện và phát triển của các bệnh răng miệng.

Hoạt động điều trị: nhằm mục đích phát hiện sớm bệnh răng miệng, ngăn ngừa bệnh nặng lên, sửa chữa tổn thương do bệnh gây ra, lập lại hiệu quả chức năng của hệ thống răng miệng.

1.3. Mục tiêu

Phòng bệnh răng miệng.

Phòng bệnh vùng quanh răng.

Phòng bệnh ung thư vùng miệng.

1.4. Mạng lưới làm công tác chăm sóc răng miệng ban đầu tuyến cơ sở

Tuyến cơ sở:

Phòng nha khoa tại trường học

Phòng khám đa khoa khu vực

Y tế tuyến xã

Y tế cơ quan

Tuyến chỉ đạo:

Tuyến huyện, tỉnh, trung ương làm để rút kinh nghiệm chỉ đạo, giám sát tổng kết.

1.5. Mục tiêu năm 2000

- 1990 - 1995: 15% học sinh phổ thông cơ sở (PTCS) (khoảng 2 triệu học sinh) được chăm sóc răng miệng ban đầu.
- Giảm tỉ lệ sâu răng xuống 30%.
- Giảm tỉ lệ viêm lợi xuống 40%.
- Năm 2000: 80% học sinh PTCS được chăm sóc răng miệng là chỉ tiêu lý tưởng nhất và tốt đẹp nhất.

2. Giáo dục nha khoa

Các nội dung giáo dục cho cá nhân:

- Giáo dục chải răng.
- Giáo dục cách dùng chỉ tơ nha khoa.
- Giáo dục cách tự kiểm tra và chủ động khám kiểm tra.

Các nội dung giáo dục cho tập thể.

- Tránh ăn nhiều đường, ăn vặt, ăn đường trước khi đi ngủ.
- Không nghiện ăn trầu, hút thuốc lá, nghiện rượu.
- Chải răng ít nhất ngày một lần trước khi đi ngủ.
- Ủng hộ việc fluor hoá nước uống.
- Tự kiểm tra răng hàng ngày, kiểm tra răng miệng 6 tháng một lần.
- Lấy cao răng 6 tháng một lần.

Hình thức giáo dục:

- Tổ chức những chiến dịch vận động sức khoẻ răng miệng.
- Giáo dục tại các trường phổ thông cơ sở.
- Giáo dục tại phòng khám sản.

Trước và sau khi đẻ:

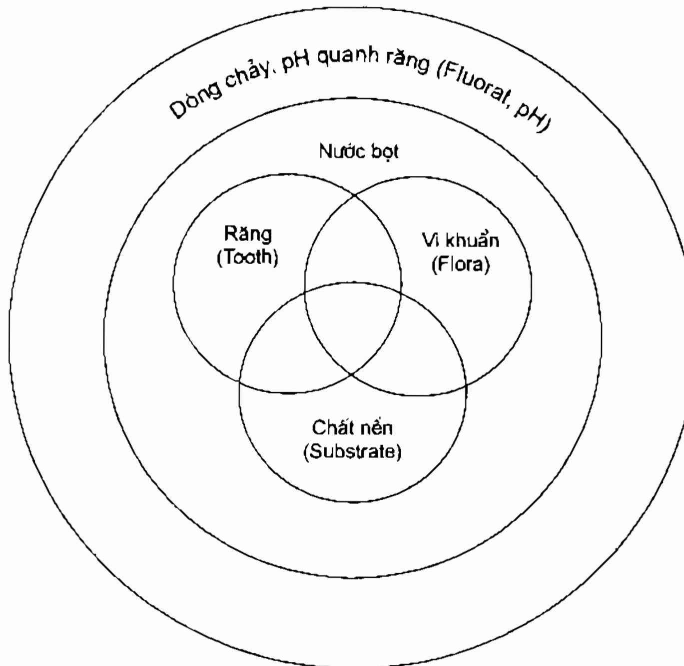
- Hướng dẫn chế độ ăn cho sản phụ trước và sau khi đẻ
- Hướng dẫn vệ sinh răng miệng cho sản phụ
- Hướng dẫn chế độ ăn cho trẻ sơ sinh.
- Hướng dẫn cách vệ sinh răng miệng cho trẻ sơ sinh, cho bà mẹ.
- Phát hiện những bất thường về răng miệng.

3. Các biện pháp phòng bệnh răng miệng

3.1. Các biện pháp phòng bệnh sâu răng

Sâu răng là một bệnh rất phổ biến trong xã hội nó được coi là tai hoạ thứ ba của loài người, sau các bệnh ung thư và tim mạch.

Gần đây khoa học đã giải thích được nguyên nhân và cơ chế bệnh sâu răng như sau:



Sơ đồ White: căn nguyên của sâu răng

Răng: hình thái, dinh dưỡng, các vi tố, mức độ khoáng hoá.

Vi khuẩn: chủ yếu là *Streptococcus mutans*

Chất nền: vệ sinh răng miệng, sử dụng thuốc.

pH: vùng trao đổi quanh răng, pH: 4,5 – 5 gây tổn thương bề mặt.

Nước bọt: khả năng trung hoà đệm của nước bọt chống sâu răng.

Dựa trên cơ sở đã nắm được nguyên nhân và cơ chế sinh bệnh sinh sâu răng, khoa học đã tìm ra được các biện pháp phòng bệnh sâu răng dựa trên 3 hướng sau:

3.1.1. Giảm mảng bám vi khuẩn

- Phương pháp cơ học: chải răng đúng lúc, đúng cách, dùng chỉ tơ nha khoa để làm sạch kẽ răng.
- Phương pháp hoá học: xúc miệng bằng dung dịch kháng sinh clorhexidin 1%.
- Phương pháp sinh học: dùng vaccin phòng sâu răng:

3.1.2. Tăng cường sức đề kháng của răng

Sử dụng thuốc có tác dụng:

– Tăng cường sức đề kháng của men răng
– Kháng khuẩn, nồng độ cao có tác dụng diệt khuẩn.

Các cách sử dụng thuốc:

- *Dùng thuốc toàn thân* có tác dụng đối với cả răng đang hình thành và răng đã mọc. Bốn cách chính để cung cấp thuốc toàn thân:

(1) Thuốc hoá nước cộng đồng

Điều chỉnh nồng độ thuốc đến tối ưu cho sức khoẻ của răng: nhà máy nước Thủ Đức thành phố Hồ Chí Minh điều chỉnh nồng độ thuốc là 0,7 ± 0,1 ppm (bắt đầu năm 1991) sau 3 năm giảm tỉ lệ SR ở trẻ 12 tuổi là 30%.

Các ưu điểm của biện pháp:

– Rẻ tiền, hữu hiệu và công bằng nhất đối với một nhóm người rộng lớn.
– An toàn.
– Không đòi hỏi sự hợp tác của người sử dụng.
– Lợi ích của thuốc hoá nước uống sẽ kéo dài suốt đời nếu dùng liên tục.
– Giảm phí tổn chữa răng.
– Giảm tỉ lệ sâu răng.

(2) Thuốc hoá nước ở trường học: dùng ở những vùng không có hệ thống nước máy.

(3) Dùng thuốc để bổ sung cho chế độ ăn hàng ngày. Dùng cho những vùng có nồng độ thuốc trong nước thấp. Dùng cho trẻ từ 0 đến 16 tuổi.

(4) Thuốc hoá muối ăn:

- Các biện pháp dùng thuốc tại chỗ bôi trực tiếp thuốc lên răng đã mọc có các cách sau:

– Dùng kem đánh răng có thuốc.
– Súc miệng bằng dung dịch thuốc natri 2% tuần một lần.

- Dùng các dung dịch đánh răng có thuốc.

Thay đổi hoặc kiểm soát các thói quen ăn uống:

- Hướng dẫn chế độ dinh dưỡng cân bằng và hợp lý.
- Hướng dẫn sử dụng đường đúng lúc, tránh ăn vặt ăn đường trước khi đi ngủ.
- Khuyến khích giảm dùng thức ăn có đường.

3.1.3. Trám bít các hố rãnh: là biện pháp tốt nhất để phòng sâu răng ở các hố rãnh, làm ngừng sâu răng chớm phát triển hay các tổn thương nhỏ ở các hố rãnh của răng.

3.2. Các biện pháp phòng bệnh vùng quanh răng

Nguyên nhân gây bệnh vùng quanh răng:

- Nguyên nhân chính:

  Vi khuẩn ở mảng bám răng.

  Yếu tố miễn dịch.

- Nguyên nhân phụ: yếu tố sang chấn.

Các biện pháp phòng bệnh:

- Giảm mảng bám vi khuẩn bằng các cách:
  + Lấy sạch cao răng.
  + Đánh răng đúng phương pháp, đúng lúc và dùng chỉ tơ nha làm sạch kẽ răng.
  + Làm mất các bẫy mảng bám răng (các lỗ sâu mặt bên hàn sai, cầu chụp răng sai qui cách v.v...).
- Sửa chữa và làm giảm các yếu tố sang chấn.
- Nhổ hoặc cố định các răng lung lay.

3.3. Phòng các bệnh ung thư vùng miệng

Đặc điểm của ung thư vùng miệng:

- Chiếm tỉ lệ cao trong các loại ung thư.
- Tổn thương ung thư vùng miệng khu trú ở những vùng dễ khám dễ phát hiện, nếu được chú ý. Nếu phát hiện sớm điều trị sớm có thể khỏi với tỉ lệ cao.
- Ung thư vùng miệng khu trú ở những vùng có nhiều mạch máu, bạch mạch nên di căn sớm.
- Ung thư vùng miệng thường gặp ở những người tuổi từ trung niên trở lên, những người nghiện thuốc lá.

Các biện pháp phòng ung thư vùng miệng:

Tuyên truyền giáo dục: dùng thông tin đại chúng phổ biến cho nhân dân những hiểu biết thông thường về ung thư vùng miệng, giải thích tác hại của thuốc

lá, rượu đối với ung thư vùng miệng. Hướng dẫn các biện pháp tự kiểm tra vùng miệng thường xuyên.

Các biện pháp phát hiện sớm những tổn thương nghi ngờ ung thư và tổn thương ung thư giai đoạn đầu:

Để phát hiện sớm các tổn thương ung thư vùng miệng cần phổ biến cho các cán bộ làm công tác chuyên khoa RHM ở tuyến cơ sở các kinh nghiệm khám, phát hiện về mặt lâm sàng các tổn thương ung thư giai đoạn đầu.

Cần đào tạo và tổ chức thực hiện những biện pháp phát hiện tổn thương ung thư đơn giản và hiệu quả ở các phòng khám cơ sở.

Phát hiện bằng cách nhuộm tế bào.

- Dùng xanh toluidin 1%
- Kỹ thuật: 3 bước như sau:
  + Lau rửa sạch tổn thương bằng acid acetic 1% hoặc súc miệng bằng nước sạch.
  + Bôi dung dịch xanh toluidin 1% trong thời gian 10 giây đến 1 phút.
  + Súc miệng kỹ bằng nước sạch hoặc rửa kỹ bề mặt tổn thương bằng acid acetic 1%.
- Quan sát tính bắt màu xanh sẫm là dương tính.
- Tổn thương bắt màu xanh nhạt hoặc không bắt màu là âm tính.

Phát hiện bằng phương pháp tế bào học là phương pháp đơn giản, vô hại, có thể thực hiện được ở các phòng khám và cho hướng chẩn đoán nhanh.

Kỹ thuật: Dùng cây hàn thìa hoặc cây đè lưỡi bằng gỗ, nạo trên tổn thương nghi ngờ ung thư, phết lên lam kính sạch, rải mỏng, cố định bằng cách để khô hoặc bằng cồn rồi gửi labô tổ chức học để đọc kết quả.

4. Hoạt động điều trị

- Quản lý tình trạng sức khoẻ răng miệng.
- Khám định kỳ.
- Sơ cứu kỳ đầu các trường hợp cấp cứu.
- Lấy cao răng, nhổ răng lung lay.
- Điều trị răng sâu ngà.

5. Nội dung hoạt động chăm sóc răng miệng ban đầu ở các tuyến xã, nha học đường, phòng khám đa khoa

Hoạt động ở cơ sở nha học đường

Giáo dục nha khoa

- Mẫu giáo: hướng dẫn chải răng.
- Phổ thông cơ sở: đưa vào chương trình chính khoá các bài giảng hướng dẫn và phòng bệnh răng miệng và giáo dục ý thức tự giác chăm sóc răng miệng.

Phòng bệnh:

- Chải răng sau bữa ăn tại trường phổ thông cơ sở.
- Súc miệng phòng sâu răng bằng dung dịch NF 2‰ tuần một lần.
- Trám bít các hố rãnh ở răng.

Điều trị:

- Khám định kỳ, phát hiện sớm, điều trị đều đặn cho học sinh.
- Nhổ răng sữa đến tuổi thay, lấy cao răng, điều trị răng chớm sâu.

Hoạt động tại tuyến xã

- Chăm sóc răng miệng cho trẻ em tại trường.
- Giáo dục nha khoa cho nhân dân trong xã.
- Phòng bệnh vùng quanh răng.
- Sơ cứu kỳ đầu.
- Lấy cao răng, nhổ răng lung lay.

Hoạt động tại phòng khám đa khoa khu vực

- Quản lý tình hình bệnh răng miệng cho nhân dân trong vùng.
- Chỉ đạo và phối với y tế xã kiểm tra, hướng dẫn thực hiện công tác nha học đường tại khu vực.
- Thực hiện chương trình phòng bệnh vùng quanh răng.
- Thực hiện công tác điều trị chủ động.
- Xử lý kỳ đầu các trường hợp cấp cứu.
- Khám chữa các bệnh răng miệng thông thường.
- Phát hiện sớm các tổn thương nghi ngờ ung thư.
- Đánh giá hiệu quả, bồi dưỡng cán bộ của phòng khám kèm công tác chăm sóc răng miệng ban đầu.

Hoạt động của tuyến huyện, tỉnh

- Chỉ đạo hướng dẫn, giúp đỡ tuyến dưới thực hiện công tác chăm sóc răng miệng ban đầu.
- Thực hiện thí điểm để rút kinh nghiệm chỉ đạo toàn huyện, tỉnh.
- Tổng kết, đánh giá hiệu quả của công tác chăm sóc răng miệng ban đầu, bồi dưỡng, đào tạo cán bộ.

III. PHƯƠNG PHÁP GIẢNG DẠY

- Phương pháp cổ điển có sử dụng tranh ảnh
- Overhead.
- Có sử dụng tài liệu để đọc trước.

TEST ĐÁNH GIÁ

Đúng – Sai

1		Chăm sóc răng miệng ban đầu (CSRMBĐ) là việc làm của các trung tâm y tế đầu ngành.
2		CSRMBĐ chủ yếu là điều trị các bệnh răng miệng.
3		Để phòng bệnh sâu răng không nên dùng các thức ăn có đường.
4		Dùng các loại hoa quả ngọt dễ gây sâu răng.
5		Mỗi ngày nên đánh răng một lần và đánh vào buổi sáng.
6		Súc miệng bằng dung dịch Naf 5% tuần một lần để phòng sâu răng.
7		Dùng vaccin phòng sâu răng hiện nay là biện pháp tốt nhất.
8		Để giảm tỉ lệ mắc bệnh sâu răng cho nhân dân chỉ cần áp dụng các biện pháp phòng bệnh cho trẻ dưới 12 tuổi.
9		Thuốc chỉ có tác dụng phòng sâu răng cho các răng chưa mọc.
10		Khám răng định kỳ mỗi tháng một lần là việc cần thiết cho mọi lứa tuổi.
11		Nhổ răng sữa đúng lúc là một trong các biện pháp phòng bệnh
12		Dùng thuốc đánh răng có thuốc có tác dụng phòng sâu răng nhưng lại làm đổi màu răng.
13		Nên dùng các bàn chải đánh răng thật mềm để không làm mòn men răng.
14		Thuốc lá là yếu tố có thể gây ung thư vùng miệng.
15		Ung thư vùng miệng là bệnh có thể phòng được.

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

BÀI GIẢNG RĂNG HÀM MẶT

Chịu trách nhiệm xuất bản

HOÀNG TRỌNG QUANG

Biên tập: BS. HẢI YẾN

Sửa bản in: BS. HẢI YẾN

Trình bày bìa: CHU HÙNG

Kt vi tính: HUỆ CHI

In 1000 cuốn, khổ 19 x 27cm tại Xưởng in Nhà xuất bản Y học.
Số đăng ký kế hoạch xuất bản: 23 - 2006/CXB/33 - 271/YH
In xong và nộp lưu chiểu quý II năm 2006.

Tìm đọc

- ❖ *Nang và u lành tính vùng miệng - hàm - mặt*
- ❖ *U ác tính vùng miệng - hàm - mặt*

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

Địa chỉ: 352 Đội Cấn - Ba Đình - Hà Nội

Tel: 04.7625922 - 7625934 - 7.627819 - Fax: 04.7625923

E-mail: Xuatbanyhoc@fpt.vn

Website: www.cimsi.org.vn/nhaxuatbanyhoc

GIÁ: 14.000Đ

